



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

DEPRESYON HASTALARINDA EMDR KULLANIMI VE KENDİNİ TOPARLAMA GÜCÜNE ETKİSİ

ESMA AVŞAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA
2021

DEPRESYON HASTALARINDA EMDR KULLANIMI VE KENDİNİ TOPARLAMA GÜCÜNE ETKİSİ

ESMA AVŞAR

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ

LEFKOŞA
2021

KABUL VE ONAY

Esma AVŞAR tarafından hazırlanan “**Depresyon Hastalarında EMDR Kullanımı ve Kendini Toparlama Gücü**” başlıklı bu çalışma, 15/06/2020 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

.....
Yrd. Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ (Danışman)

Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü

.....
Doç.Dr. Fatmagül CİRHİNOĞLU
Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü

.....
Yrd. Doç. Dr. Pervin YİĞİT
Yakın Doğu Üniversitesi Sosyoloji Bölümü

Prof. Dr. K. Hüsnü Can Başer

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- X Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- ☐ Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- ☐ Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

..../..../2021

İmza

Esmâ AVŞAR

TEŞEKKÜR

Bu araştırma sürecinde desteği ve katkılarını esirgemeyen eşim Serdar AVŞAR' a, bilgi ve deneyimiyle desteğini esirgemeyen tez danışmanım Yard.Doç.Dr. Meryem KARAAZİZ'e teşekkür ederim.

Esma AVŞAR
Lefkoşa, 2021

ÖZ

DEPRESYON HASTALARINDA EMDR KULLANIMI VE KENDİNİ TOPARLAMA GÜCÜ

Amaç:Bu çalışmada EMDR terapisinin depresyon ve kendini toparlama gücü üzerindeki etkisi araştırılmıştır. **Yöntem:**Çalışmada ön test ve son test kullanılarak deney-kontrol gruplarından veri toplanmıştır. EMDR terapisinin etkisinin belirlenmesi için deney grubunu oluşturan 20, kontrol grubunu oluşturan 20 olmak üzere toplam 40 hastayla çalışılmıştır. Araştırmada Beck Depresyon Envanteri ve Kendini Toparlama Gücü Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada deney grubuna EMDR terapisi uygulanmıştır. Kontrol grubu ise mevcut tedaviye devam ettirilmiştir. **Bulgular:**EMDR uygulamalarının depresyonu etkilediği ve hastaların depresyon düzeylerinde düşüş sağladığı belirlenmiştir.Araştırmaya gönüllü olarak katılan hastaların depresyon ve kendini toplama gücü son test ortalama puanlarının deney ve kontrol grubuna göre farklılaşma durumu irdelendiğinde; hastaların kontrol grubunda ya da deney grubunda yer almasının depresyon son test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hastaların kontrol grubunda ya da deney grubunda yer alması, kendini toplama gücü son test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturduğu saptanmıştır.**Sonuç:**Yapılan analizler sonucunda, EMDR terapisinin depresyon semptomlarını önemli ölçüde azalttığı saptanmıştır. Bunun yanında EMDR terapisi kendini toparlama gücünü de artırmaktadır.**Öneri:**EMDR terapisinin yerli literatürde daha fazla araştırmada ele alınması ve uygulamada daha fazla başvurulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, EMDR terapisi, Kendini toparlama gücü

ABSTRACT

EMDR THERAPY IN PATIENTS WITH DEPRESSION AND RESILIENCE

Purpose: In this study, the effect of EMDR therapy on depression and resilience was investigated. **Method:** In the study, data were collected from the experimental-control groups using pre-test and post-test. In order to determine the effect of EMDR therapy, a total of 40 patients, 20 of which constitute the experimental group and 20 of the control group were studied. Beck Depression Inventory and Resilience Scale were used in the research. EMDR therapy was applied to the experimental group while the control group continued with their current treatment. **Findings:** It has been determined that EMDR applications affect depression and reduce the depression levels of the patients. When the differentiation of depression and resilience posttest mean scores of the patients who voluntarily participated in the study was examined, compared to the experimental and control groups; it was determined that the fact that the patients were in the control group or the experimental group made a difference in the mean scores of the depression posttest group. In addition, it was determined that the patients being in the control group or the experimental group, resilience created a difference in the posttest group mean scores. **Conclusion:** As a result of the analysis, it was determined that EMDR therapy significantly reduced the symptoms of depression. In addition, EMDR therapy also increases resilience level. **Suggestions:** It is suggested that EMDR therapy should be considered in more research in the domestic literature and more applied in practice.

Keywords: Depression, EMDR therapy, Resilience

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY

BİLDİRİM

TEŞEKKÜR	iii
ÖZ.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLOLAR DİZİNİ.....	viii
KISALTMALAR	ix

1.BÖLÜM.....	1
GİRİŞ	1
1.1 Problem Durumu	2
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.2.1 Araştırma Problemleri	4
1.3. Araştırmanın Önemi.....	4
1.4. Sınırlılıklar.....	4
1.5. Tanımlar	5
2. BÖLÜM.....	6
KAVRAMSAL VE KURAMSAL BİLGİLER	6
2.1. Depresyon	6
2.1.1. Depresyonun Tarihçesi	9
2.1.2. Depresyona Neden Olan Faktörler	9
2.1.2.1. Bireysel Yatkınlık ve Sosyal Faktörler.....	10
2.1.2.2. Biyolojik Faktörler.....	10
2.1.2.3. Tetikleyici Faktörler	11
2.2. Psikanalitik Kuram	12
2.3. Bilişsel Kuram	13
2.4. Bağlanma Kuramı	16
2.5. Depresyonun Epidemiyolojisi	17
2.6. Depresyon Belirtileri.....	18
2.7. DSM-V’te Depresif Bozukluklar.....	21
2.8. Kendini Toparlama Gücü.....	22
2.9. EMDR Terapisi.....	25

3. BÖLÜM.....	28
YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Modeli	28
3.2. Araştırmanın Örneklemi	28
3.3. Veri Toplama Araçları	29
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu	29
3.3.2. Beck Depresyon Envanteri.....	29
3.3.3 Kendini Toparlama Gücü Ölçeği.....	29
3.4. Veri Toplama Yöntemi	30
3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	30
3.6. Etik Konular.....	34
4. BÖLÜM.....	35
BULGULAR.....	35
4.1. Deney ve Kontrol Grubu Katılımcılarının Kişisel Bilgilerine Yönelik Bulgular	35
4.2. Deney ve Kontrol Grubu Katılımcılarının Ön Test Toplam Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular	38
4.3. Deney ve Kontrol Grubu Katılımcılarının Ön Test ve Son Test Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular	39
4.4. Deney ve Kontrol Grubu Katılımcılarının Son Test Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular	41
4.5. Depresyon ve Kendini Toparlama Gücü Arasındaki İlişki	42
4.6. Regresyon Analizine Yönelik Bulgular ve Hipotez Çözümlemesi... 43	
5. BÖLÜM.....	45
TARTIŞMA	45
6. BÖLÜM.....	47
SONUÇ ve ÖNERİLER	47
6.1. Sonuç	47
6.2 Öneriler	48
KAYNAKÇA	50
EKLER.....	62
İNTİHAL RAPORU	69
ETİK KURUL İZNİ	70

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçlarına İlişkin Bulgular	31
Tablo 2. Araştırmada Kullanılan Veri Çözümleme Testleri	32
Tablo 3. Güvenilirlik Analizi Bulguları	32
Tablo 4. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Ait Yaş Verileri	35
Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Ait Eğitim Verileri	36
Tablo 6. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Ait Medeni Durum Verileri	36
Tablo 7. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Ait Gelir Verileri	37
Tablo 8. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Ait Meslek Verileri	37
Tablo 9. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Ait Depresyon Hastalığı Süresi Verileri	38
Tablo 10. Hastaların Depresyon ve Kendini Toplama GücüÖn Test Toplam Ortalama Değerleri ile Grupları Arasındaki Farklılığa İlişkin Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları	38
Tablo 11. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Hastaların Depresyon ve Kendini Toplama Gücü Öntest ve Son Test Puanları Arasındaki Farklılığa İlişkin İlişkili Örneklem T Testi Sonuçları	40
Tablo 12. Hastaların Depresyon ve Kendini Toplama GücüSon Test Toplam Ortalama Değerleri ile Grupları Arasındaki Farklılığa İlişkin Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları	41
Tablo 13. Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları	42
Tablo 14. Depresyon Hastalarında EMDR'nin Kendini Toparlama Gücü Üzerindeki Etkisi	43

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AIP	: Adaptif Bilgi İşleme Modeli
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EMDR	: EyeMovementDesensitizationandReprocessing
H.	: Hipotez
SPSS	: Statistical PackageforSocialSciences
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
Vb.	: Ve benzeri
Vd.	: Ve diğerleri
WHO	: World HealthOrganization (DSÖ)

1.BÖLÜM

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre depresyon her yaş grubundan yaklaşık 300 milyondan fazla kişinin etkilendiği yaygın bir hastalıktır. Depresyon günlük hayatta karşılaşılan sorunlara verilen geçici tepkilerden ve kısa süreli yaşanan duygu değişikliklerinden farklı bir olgudur. Kişi, yaşadığı olumsuz tecrübeler karşısında kendisini doğal olarak mutsuz hissedebilir. Söz konusu mutsuzluk bazı durumlarda beklenenden daha şiddetli, daha uzun vadeli ve kişinin kontrolü dışında gelişen depresif bir belirti olarak nitelendirilebilir (Karamustafalıoğlu & Yumrukçal, 2011). Depresyon bireyin kendisini üzgün hissetmesi, fonksiyonel ve yaşamsal aktivitelerinin azalması ve buna ek olarak çökmüşlük hissi yaşaması gibi anlamlara sahiptir (Akdoğan, 2013). Diğer bir tanıma göre depresyon; en az iki hafta devam eden, belirgin bir keyifsizlik, yaşamdan tat alamama ve karamsarlık hissini bünyesinde barındıran bir ruh halidir (Evren & Kültegin, 2003).

Birey iç ve dış uyarıcılardan farklı mesajlar alır ve bu uyarıcı mesajlar devamlı değişir. Değişiklik gösteren mesajlar ve uyarıcılar ise kişilerin duygulanımında değişiklikler yaşanmasına yol açar. Kişinin duygulanımı gelen mesaj ve uyarıcıların içeriğine bağlı olarak anlık şekilde değişiklik gösterebilir. Söz konusu değişikliklerden her birey farklı bir şekilde etkilenir; yaşanan değişikliklerden bireyin işlevselliğinin olumsuz şekilde etkilenmesi depresif belirtilere ve sonuç olarak depresyona neden olabilir (Köknel, Ruhsal Çöküntü: Depresyon, 2005). Depresyon duygusal boyuta varan üzüntüyü, anksiyeteyi, disforiyi, anhedoniyi, irritabiliteyi, bilişsel alanda enerji azalmasını, konuşma ve düşünmede yavaşlamayı, yorgunluk ve bitkinliği, güçsüzlüğü, iştahta değişimleri, kendini değersiz hissetmeyi, benlik saygısının azalmasını, kendini küçük görmeyi, suçluluk duygusunu, çaresizlik

hissini, karamsarlığı, sosyal alanda toplumdan uzaklaşmayı ve yaptığı işe ilgisizliği kapsayabilen bir sendromdur (Tezcan, 2011). Söz konusu olumsuz belirtiler bireylerde bazı olumsuz deneyimlere yaygın şekilde verilen tepkiler olarak da akla gelebilir. Diğer taraftan her tepkinin depresyon belirtisi olarak etiketlenmemesi önemlidir. Söz konusu tepkilerin süreklilik arz etmesi, bireyin günlük yaşamını etkileyecek seviyede olması gerçek bir depresyon belirtisini akla getirecektir (Köknel, Ruhsal Çöküntü: Depresyon, 2005). Birey depresyonda ise onun duygulanımında ve hareketlerinde çeşitli bozukluklara rastlanmaktadır. Bireyler hayatlarının farklı evrelerinde depresif belirtiler ile sık sık karşılaşabilmektedir. Bireylerin gösterdikleri belirtilerin sıklığı ve şiddeti depresyon tanısı için yeterli düzeyde olmayabilmekte, semptomlar da aynı şekilde her zaman patolojik şekilde devam etmeyebilmektedir (Yiğit, 2008).

EMDR, göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme olarak açıklanan ve genellikle travma sonrası stres bozukluğu tedavisinde kullanılan yeni bir terapi biçimidir. Son yıllarda büyük bir ilgi toplamış olan ve pek çok tedavi kapsamında önerilen EMDR, yerli literatürde sınırlı olarak ele alınmış bir yöntemdir (Kavakcı, Doğan, & Kuğu, 2010).

1.1 Problem Durumu

Depresyon yaşayan kişilerde karakteristik olarak mutsuzluk, ruhsal çöküntü, düşük yaşam doyumu, yeme ve uyuma gibi yaşamsal aktivitelerin aşırılığı ya da yetersizliği, motor becerilerde verimsizlik, sosyal ilişkilerde, iş ve aile hayatında sorunlar gibi semptomlar görülmektedir.

Öztürk (2002) depresyon geçirmeye yatkın kimselerde oldukça belirgin bir kişilik özellikleri kümesinin mevcut olduğunu ifade etmektedir. Söz konusu kişiler genellikle kimseyi üzmemeye, herkesi mutlu etmeye, herkese iyilik yapmaya çalışırlar, duyarlı, sorumluluk sahibi, titiz kimselerdir. Dahası bu kişiler sevdiklerine oldukça bağlılık duyan ve hatta onlara bağımlı, kendilerinden ve çevresindeki insanlardan beklentileri yüksek, hayatları boyunca hep mükemmeli arayan, onurlu, öfkelerini bastıran, yaşadıklarından hızlı etkilenen ve bunlara üzülen, oldukça meraklı kimselerdir. Sayılan tüm bu

özelliklerin çoğu yaşamın bir döneminde erdemli bir kişiliği yansıtmaktadır. Söz konusu erdemli davranışlar sebebiyle bu kimseler çevrelerindeki bireylerin sevgisini ve saygısını kazanmış olan başarılı kimselerdir. Bu kimselerin yaşları ilerledikçe hayır diyememe, kendinden aşırı ödün verme, çok fazla sorumluluk alma gibi erdemleri onlar için çekilemez bir hale gelmeye başlar.

Fiziksel ve ruhsal olarak önemli etkileri bulunan depresyon, yaşam kalitesini en fazla düşüren psikolojik problemler arasında bulunmaktadır. Bu nedenle depresyona yönelik tedavi yaklaşımlarının çeşitlendirilmesi ve geliştirilmesi büyük bir önem taşımaktadır. EMDR terapisi, pek çok psikolojik problemde olduğu gibi depresyonda da faydaları görülebilecek bir terapi yöntemidir. Göz hareketleri kullanılarak duyarsızlaştırma olarak kısaca açıklanabilecek EMDR, bireyin depresif belirtiler göstermesine yol açan travma ve deneyimleri kapsamında kullanılarak, depresyon tedavisinde önemli sonuçlar elde etmeyi sağlayabilecektir. Araştırmanın problem durumu da bu doğrultuda EMDR terapisinin depresyon ve kendini toparlama gücü üzerindeki etkisi üzerinedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Depresyon bireyin fiziksel ve zihinsel durumunu ve sonuç olarak iş ve bireysel ilişkilerini etkileyen ve tanımlanmış çok sayıda sebebi olan bir bozukluktur (Min, 2016). Depresif ruh hali içinde olan bireylerin düşünce odağı ciddi bir kayıpla meşguldür. Kişi mutluluğu ve huzuru için vazgeçilemeyecek derecede önemli bir şeyi kaybettiğini düşünmektedir. Bu nedenle, önemli hedeflere ulaştıracak yetenekleri kendisinde göremez ve kendisini kusurlu hissetmeye başlar (Beck A. T., 2015). EMDR, pek çok psikolojik problemde etkili sonuçlar elde edilen bir yöntem olarak bu araştırmada depresyon ve kendini toparlama gücü kapsamında ele alınmaktadır. Özellikle yerli literatürde, klinik olarak sıkça başvurulmuş ve olumlu sonuçlar elde edilen EMDR yöntemiyle ilgili çalışmalar oldukça sınırlıdır. Çalışmanın amacı, depresyon hastalığı olan bireylerde EMDR kullanımının depresyon ve kendini toparlama gücü üzerindeki etkilerinin belirlenmesidir.

1.2.1 Araştırma Problemleri

1. Depresyon hastalarında depresyon düzeyinin demografik özellikler ile ilişkisi var mıdır?
2. Depresyon hastalarında EMDR'nin etkisi ne düzeydedir?
3. Depresyon hastalarında EMDR'nin etkisi demografik değişkenlere göre farklılaşmakta mıdır?
4. Depresyon hastalarında EMDR'nin kendini toparlama gücü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmakta mıdır?

1.3. Araştırmanın Önemi

Depresyon bireyin yaşamını derinden etkileyen ve dolayısıyla aile ilişkilerinden toplumsal ilişkilere kadar olumsuz yansımaları olan bir durumdur. Bu nedenle depresyonun tedavisi üzerine çalışmaların gerçekleştirilmesi önemlidir. Kendini toparlama gücü düzeyiyse her psikolojik problemde tedaviye olumlu etkisi olan bir kavramdır. Bu çalışmada da daha önce ele alınmadığı biçimde depresyon hastalarında EMDR'nindepresyon ve kendini toparlama gücü üzerindeki etkisi beraberce ele alınmaktadır. Depresyon gibi yaygın ve önemli bir probleme yönelik bir konuyu ele almasıyla ve literatüre sağlayacağı katkıyla bu çalışma önem taşımaktadır.

1.4. Sınırlılıklar

Araştırmanın en önemli sınırlılığı EMDR uygulanması için gönüllülük gösterecek hastaların sayısının az olmasıdır. Bunun yanında araştırmanın Covid-19 pandemisi sürecinde gerçekleştirilmesi nedeniyle araştırmacının online terapi süreçleri ile çalışmalarına devam etmesi, araştırmaya önemli bir sınırlılık olarak yansımıştır. Son olarak çalışma, kullanılan ölçme araçlarının geçerlik ve güvenilirliği ile sınırlandırılmıştır.

1.5. Tanımlar

EMDR: Göz hareketlerinin kullanılmasıyla yeniden işleme ve duyarsızlaştırma işlemlerinin gerçekleştirildiği terapi biçimidir. Travma sonrası stres bozukluğu başta olmak üzere pek çok psikolojik sorunun tedavisinde kullanılmaktadır (Kavakcı, Doğan, & Kuğu, 2010).

Kendini Toparlama Gücü: Bireyin karşılaştığı travmalar, tehditler, trajediler ve tüm sorunlara karşı sağlıklı şekilde hayatına devam edebilme gücü, psikolojik sağlamlık düzeyidir(Glover, 2009).

Depresyon: Beklenenden şiddetli, uzun süreli ve kişinin kontrolü dışında gelişen mutsuzluk, depresif ruh hali durumudur. Kişide fiziksel ve ruhsal etkileri önemli biçimde görülür ve yaşam kalitesi ciddi ölçüde düşer (Evren & Kültegin, 2003).

2. BÖLÜM

KAVRAMSAL VE KURAMSAL BİLGİLER

2.1. Depresyon

Depresyon sözcüğü, Latince’de “depressio”dan türemiş ve batan anlamına gelmektedir. Başka bir deyişle, bireyin varoluşunda ya da mevcudiyetinde bir ağırlıkla battığı anlamına gelir (Bernard, 2018). Zihinsel bir bozukluk olarak bilinen ve kaygı belirtileri ile birlikte gelen depresyonun belirtileri arasında; ruh halinin depresifliği, ilgilerde ve zevklerde azalma, uykusuzluk sorunu, enerjinin tükenmişliği hissi, suçluluk duygusu, özgüven eksikliği, psikomotor ajitasyon veya yavaşlama, yemek yemenin neredeyse durması, odaklanamama, unutkanlık, fazla duygusallık sayılabilir. Bu belirtiler kişinin günlük aktivitelerinden mahrum kalmasına neden olduğu gibi kronikleşebilmekte, hatta intihara dahi yol açabilmektedir. 2012 yılında Dünya Sağlık Örgütü/DSÖ (World Health Organization/ WHO) tarafından açıklanan verilere göre; bir yılda intihar sebebiyle yaklaşık olarak 1 milyon insanın hayatını kaybettiği yönündedir, bu da her gün 3000 intihara karşılık gelmektedir (Bartha, Parker, Thomson, & Kitchen, 2013; Marcus, Yasamy, van Ommeren, Chisholm, & Saxena, 2012)

Depresyon kelimesi, Latince kökenli olan depressus kelimesinden; farklı dillere de geçerek depression kelimesi şeklinde türemiş olup, sıkıntılı, yorgun, durgun gibi anlamlara da gelir. Depresyonun dilimizdeki karşılığı ise ruhsal çöküntü ya da çökkünlük şeklinde ifade edilebilir (Köknel, Depresyon Ruhsal Çöküntü, 1998; Jadhav, 2000).

Depresyon, şiddetinin kişiden kişiye göre değiştiği, bireylerin günlük görev, sorumluluk ve aktivitelerini yerine getirmekte zorlandıkları hatta zaman

zaman bu görev ve sorumlulukları yerine getiremedikleri gibi etkileri bilinmekte olup kişilerin duygusal, düşünsel ve davranışsal tüm duygu durumlarını etkilemektedir (Doğan, 2001). Mental hastalıklar arasında uzun yıllardır tartışma konusu olan depresyon belirtileri arasında, üzüntülü ve karamsar düşünceler, kişinin kendini sürekli olarak üzgün, güçsüz ve yetersiz hissetmesi, günlük olarak yapılan aktivitelerin azalması ve bireylerde müdahale edemedikleri bir yavaşlama hali olması sayılabilir (Özdel, Bostancı, & Oğuzhanoğlu, 2002).

Üzüntülü ve karamsar düşüncelerle kişinin üzgün hissetmesi zamanla, depresyon durumunun kronik bir hal almasına ve özgüven sorunları yaşamasına neden olur. Bunun sonucu olarak da kişilerdeki aktivite ve günlük sorumlulukların yerine getirilememesi ile birlikte her anlamda bir isteksizlik baş gösterir ve sendroma dönüşmüş olur. Afektif bozuklukların en sık rastlanan çeşidi olarak belirtilen bu sendrom kronikleşmiş isteksizlik ile adeta perçinlenmiştir (Pınar & Tel, 2012). Bu durum normal kabul edilse de kişilerin yeme, içme, uyuma gibi temel ihtiyaçlarını olumsuz etkilediği için bireylerin insan ilişkilerine de direkt olarak etki etmektedir. Zira, insan diğer canlılara göre duygu dünyası oldukça geniş olan bir varlıktır ve bu özelliği ile tüm duyguları hissedebilmekle beraber kendilerindeki dominant duygulara göre agresif, mutlu, sevinçli gibi sınırlandırılabilirler (Alper, Bayraktar, & Karaçam, 2000).

Psikiyatrik bir bozukluk olarak nitelendirilen depresyon, her yaş grubundaki bireylerde, bu bireylerin hayatı boyunca %1,5 ile %19 oranları arasında görülebilir (Çelikel & Erkorkmaz, 2008). Depresyonun tanı tespitini zorlaştıran alt tipleri bulunmasına karşın, tedavi edilebilir bir rahatsızlıktır ve doğru tanı ve tedavi yöntemleri uygulandığında hastanın yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilmektedir. Ancak, depresyon tedavi edilmediğinde hastanın yaşam kalitesi olumsuz etkilenmekte, genel sağlık sorunları görülebilmekte ve hatta zaman zaman intihar-ölüm ile de sonuçlanabilmektedir. Uygun yöntemlerle tedavi edilmeyen depresyonun tedavi maliyetlerinin, morbidite ve mortalite oranlarıyla yüksek olması, toplumsal problemlere yol açabilmektedir (Çelikel & Erkorkmaz, 2008).

Depresyonun yol açabileceği farklı tıbbi hastalıklar ile karşılaşıldığında, bu hastalıkların gidişatının olumsuz etkilenmemesi için psikiyatristlerle birlikte diğer anabilim dalı tıp doktorları ile de konsültasyon sağlanmalıdır. Hastalık belirtileri ve semptomlarından oluşan, bireyin günlük görev ve sorumluluklarını yerine getirirken haftalarca hatta bazen aylarca süren büyük değişimler gözlemlemesi, genellikle dönem dönem ve döngüsel şekilde tekrarlama ihtimali bulunan sendromlar ise duygu durum bozuklukları olarak tanımlanır. Depresyon ile duygu durum bozukluklarının ilişkisine bakıldığında ise, depresyonun, duygu durum bozukluklarının tanısındaki sendromlardan biri olduğu görülür. Duygusal bir yaşantı olan depresyon, bireyin kendisini üzgün ve sıkıntılı, düşük moral ve motivasyonlu hissetmesi, günlük rutin aktivitelerin azalması gibi birtakım olumsuz durumlar içerisine girmesine sebep olur. Bu duygular, yaşanan olumsuz olaylara karşı çoğunlukla verilen bir tepki olarak izlenebilir bunun yanında her olumsuz duygu durumunun, depresyon olarak kabul edilmesi doğru değildir, depresyon olarak kabul görmesi için, söz konusu olumsuz duyguların süreklilik gösteriyor olması ve bireylerin günlük görev, sorumluluk ve aktivitelerine engel olacak yoğunlukta olması beklenir. Bir bireyin depresyonda olduğunu söyleyebilmek için yukarıda belirtilmiş olan olumsuz duygu durumlarını uzun süre hissediyor olması gerekir, anlık bir duygu hali söz konusu değildir. Anlık bir üzüntüyü duygu durumdan ayırt etmek amacıyla birçok tanı yöntemi kullanılmakla beraber, depresyon tanısının sağlıklı olarak koyulabilmesi için, depresyonda olması muhtemel hastalarda iştah kaybının olup olmaması, intihara meyil, ölmeyi isteme, bitkinlik, mental yeteneklerde ve biyolojik faaliyetlerde olumsuz değişiklikler olması gibi semptomların da varlığına bakılır (Yüksel, 2003).

Yukarıdaki anlatımlar doğrultusunda, Türkçapar'a göre depresyon, 3 gruptatanımlanabilir(Türkçapar, 2009):

- Depresyon genel olarak; bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları özellikle mutsuzluk, üzüntü, sıkıntı gibi olumsuz duyguların varlığı şeklinde tanımlanabilir.

- Depresyon ruhsal belirti olarak; bireylerde fiziksel ve ruhsal belirtilerin yer aldığı nedenler olarak tanımlanabilir.
- Depresyon psikiyatrik bozukluk olarak ise; belirli belirtilerle ortaya çıkan ve bu belirtilerin sürekli olduğu bir ruhsal bozukluk şeklinde tanımlanabilir.

2.1.1. Depresyonun Tarihçesi

Literatürde depresyon kelimesini, kronolojik olarak ilk kez Hipokrat'ın kullandığı ancak depresyonla ilgili ilk bilimsel çalışmaların Celsus tarafından Hekimlik adlı kitabında geçtiği ve bununla beraber mitolojide de cadı, şeytan, doğa üstü güçlerin sebep olduğu bir hastalık olarak karşılandığı bilinmektedir. Platon da depresyon nedeninin doğa üstü güçlere dayandığını ifade etmiştir. Hipokrat, kendi döneminde depresyon belirtilerini tanımlarken melankoli kavramını kullandığı bilinmektedir (Walker, 2008).

Celsus Hekimlik adlı kitabında, melankoli kavramından söz ederken, beyin ve sinir sistemlerindeki değişikliklere atıflar yapmıştır. Mitolojik görüşlere karşın, depresyon ve melankoli ile ilgili uzun yıllar çalışma yapılmış olmasına rağmen, modern tanımlamalar, S. Freud yaptığı çalışmalardan sonra gözlenmiş ve 1952 yılında DSM-I'de, günümüzde ise DSM-V'te son halini almıştır (Köknel, Depresyon Ruhsal Çöküntü, 1998).

2.1.2. Depresyona Neden Olan Faktörler

Depresyon hastalığının, tek bir faktör sebebiyle değil, birçok faktörün varlığı sebebiyle ortaya çıktığı ve bu faktörlerin etkin olarak araştırılması gerektiği günümüzde bilinmektedir. Depresyona sebep olan faktörler kendi içerisinde, biyolojik etkenler, bedensel etkenler, genetik ve sosyal faktörler şeklinde ayrılmakla beraber depresyonun oluşum sebepleri de bireylerin depresyona olan eğilimleri ve içinde bulundukları sosyal çevre unsurları olmak üzere iki kategoride detaylandırılabilir (Koçak, 2003; Güleç, 2009).

2.1.2.1. Bireysel Yatkınlık ve Sosyal Faktörler

Fizyolojik veya psikolojik hastalıklara yakalanmada etken olarak görülen sosyal çevre ile ilgili yapılan çalışmalar son dönemlerde azımsanamayacak kadar fazladır. Bireyin psikolojik sağlığını olumsuz olarak etkileyen sosyal etkenler, bireyin çevresinde ona tehdit yaratacak birtakım durumların olması, bireyin iç içe olduğu çevreyle kişisel özelliklerinin devamlı çatışır hale gelmesi, toplumdaki standartların bireyi zorlaması şeklinde sıralanabilir (Sümer, 2008). Bireysel sorunların artışı, sanayi devrimden sonra, bireylerin şehir hayatına zorunda bırakılmış olmaları gerekçe olarak söylenebilir, çünkü bu süreçte kişilerin sadece sosyal yaşantıları değişmemiş ekonomik durumları da değişmek zorunda kalmıştır. Bireyler şehir hayatına ayak uydurmaya çalışırken yakın akraba ilişkileri zayıflamış ve yalnızlığa, tek başınalığa itildiği, çalışma ortamları da değişen bireylerde, farklı çalışma koşullarında duygu ile düşünce kalıplarında değişimler olduğu görüşleri mevcuttur. Kısacası sosyolojik devrimler sebebiyle, değişen sosyal çevrenin ve sosyolojik yapının, kişilerin kendilik sistemleri, benlik algıları ve düşünceleriyle uyumlu olmaması, bireyleri depresyona iten önemli etkenlerden olduğu kabul görmektedir (Sümer, 2008).

Çevresel faktörlerin baskısıyla oluşan benlik imajındaki olumsuz değişikliklerin ve bireyin benlik algısının gelişmemesinin depresyon gelişiminde önemli bir sosyolojik faktör olduğu değerlendirilmektedir (Sümer, 2008). Tüm bu sosyolojik etkenlerin yanında, bireyin kendisinin veya benlik yapısı ele alındığında, olayları değerlendirme şekli, bağımlılık duygusu, erken çocukluk döneminde başlayan ayrılık kaygısı, devamlı ödül ve ceza düşüncesinin olması, acıma duygusunun azlığı, erken dönemlerde bastırılmış öfke duyguları, çözüme kavuşmamış travmatik olaylara bağlı olarak geliştirilen karmaşık duygular veya ikili duyguları olan kişilerde de depresyona yatkınlık gözlenmiştir (Köknel, 2005).

2.1.2.2. Biyolojik Faktörler

Birçok psikolojik rahatsızlıkta olduğu gibi, merkezi sinir sisteminde meydana gelen herhangi bir fonksiyon kaybının da depresyon gelişiminde önemli bir

etkisi vardır. Normal olarak kabul edilen pek çok davranış, beyin aktiviteleri ve beyinde bulunan kimyasalların işleyiş şekliyle yakından ilgilidir ve meydana gelecek herhangi bir değişiklik duygu durumu üzerinde etkilidir (Köknel, 2005).

İştahta azalma veya artma yönünde değişimler, cinsel arzuda azalma, bütün gün devam eden bitkinlik durumu gibi psikolojik semptomlar bireylerde görülebilir, bununla birlikte beyinde bulunan kimyasallarda normal gidişatın dışına çıkışın devam etmesi ve depresyonun şiddetine göre, bireylerde insomnia veya hipersomnia gibi uyku bozuklukları da ortaya çıkabilmektedir. Beyin kimyasındaki değişimlere ek olarak, hormonal değişiklikler ve depresyona olan genetik yatkınlık da biyolojik etkenler arasındaki en önemli etkenlerdendir. Gen biliminin ilerlemesiyle beraber kalıtsal özelliklerin ve kalıtsal aktarımın bireylerin psikolojik durumları üzerinde etkili olduğunu vurgulamakta, soy geçmişinde ve/veya soy ağacında, depresyon veya manik bozukluk gibi duygu durum bozukluklarının varlığı, bireylerin bu hastalıklara yakalanma olasılığının daha fazla olduğunu göstermektedir. Örneğin, bireylerin birincil dereceden yakınlarında duygu durum bozukluğu görülmesi halinde, bireyin kendisinin de bu duygu durum bozukluğuna yakalanma olasılığını 10 kat arttırdığı tespit edilmiştir (Tezel, 2003).

2.1.2.3. Tetikleyici Faktörler

Oldukça sık kullanılan teoremlerden biri olan nesne ilişkileri teoremi, depresyona sebebiyet veren etkenlerin ortaya çıkışını ve fonksiyonunu açıklarken kullanılır ve özellikle ayrılık endişesinin depresyonu tetiklediğine dair vurgu yapar. Bireylerin sevdiği bir kişiden ya da nesneden ayrılmasının yani depresyon oluşmasında etken olduğu söylenmektedir ve kişiler önem verdikleri şeylerden uzaklaştıklarında ve onun yerine içselleştirecek bir şey koyamadıklarında, depresyon gibi duygu durum bozuklukları görülebilir. Buna ek olarak, bireyler hayalini kurdukları ya da istedikleri hedefe ulaşamadıklarında da kişinin negatif düşünceleri ile kendini yargılamaya başlaması sebebiyle duygu durumu depresyon olabilmektedir (Güleç, 2009).

2.2. Psikanalitik Kuram

Psikanalitik görüşe göre, depresyonun meydana gelmesinde erken dönemde yaşanan kayıpların etkili olduğu, özellikle 11 yaşından önce anne ya da babasını kaybetmiş bireylerde görülen depresyonun öncülü olarak tespit edilen en önemli yaşam olayı olduğu da görülmüştür. Ayrıca, memeden aniden ya da olması gerekenden erken ayrılan bebeklerde, depresyonun bu durum ile ilişkili olduğu da belirtilmektedir (Carver, 1998; McWilliams, 2017).

Benliğe karşı sadizm olarak adlandırılan, öfkenin dışarıya değil içe yönelik olması ise, depresif kişilerde görülmektedir. Suçluluk duygusu öfkenin yerini almaktadır, bu bireyler bozukluk seviyesinde depresif özellikler sergilemiyorlarsa, depresif kişiler genellikle çevreleri tarafından sevilen, hassas ve anlayışlı insanlar olarak değerlendirilir (Arieti & Bemporad, 1980; Freud, Yas ve Melankoli, 1993; McWilliams, 2017).

Kaybolmuş bir sevgi nesnesi içselleştirilmişken, içselleştirilen bu özelliklere yönelik saldırganlık ya da şiddet, kişinin kendine duyduğu öfke haline gerek kendine yönelmiştir. Ebeveyni tarafından terk edilen bireyin, ebeveyninin kendisine kızgınlık ve kırgınlık duyduğuna inanması olumsuz bir benlik deneyimi yaratır ve sevdiği kişi(ler)in terk etme nedeninin ise kendisi olduğuna, kendisinin yıkıcı, reddedilmeyi ve kötü şeyleri hak ettiğine inanır. Bu inançlar devam ederek, kendilerini daima olumsuz ihtimallere karşı hazır tuttıkları gibi olumsuz eleştiriler yapıcı da olsa, kırılgan oldukları için yaralanmış hissederler (Fenichel, 2005; McWilliams, 2017).

Bireylerin yaşadıkları psikolojik rahatsızlıkların çoğunun, bireyin çocukluk dönemine dek dayanabilen psişik çatışmalardan ve kısıtlamalardan kaynaklandığını vurgulayan S.Freud, yaptığı çalışmaların sonucu olarak gözlemlediği en önemli unsur olarak belirtmiştir (Cunningham, 2006). Bireylerin cinsel iç güdülerinden kaynaklanan arzuları ve öfkeleri psikanaliz açısından bireysel enerji kaynağı olarak özetlenebilir. Birey bu enerjilerini bazı içsel ya da dışsal nesnelere yansıtarak, onlar üzerinden ihtiyaçlarını gidermektedir. Nesne ilişkileri teoreminde olduğu gibi psikanaliz de bu içsel

ya da dışsal nesnelerin kaybı durumunda, bireyin depresyon hastalığına yakalanabileceğini vurgulamaktadır (Çevik & Vokan, 1993).

Depresyon hastalığını psikanalitik teori çerçevesinde incelediğimizde, depresyonun gelişim dönemi ve bireylerde görülen gerileme savunması, S.Freud'un geliştirmiş olduğu gelişim evrelerinden olan oral (emme) dönemine denk gelmektedir. Oral (emme) döneminde bireylerin gereksinimlerinin uygun bir şekilde karşılanıp karşılanmamasına göre bireyin bu döneme ait bir obsesyon geliştirdiği düşünülmekte olup, özellikle anne memesinin çocuğun gelişim aşamasındaki önemi vurgulanmaktadır. Çocuk, oral (emme) davranışından uygun bir ayrılmadığında kaygı geliştirmekte, bu da bireyin ileriki yaşlarında yaşadığı kaygılarda depresif duygu durumu geliştirmesini tetiklemektedir. Bu durumda psikanalitik teoride depresyonun kaynağı olarak tanımlanan oral evrede yaşanan sorunlar, ayrılık endişesiyle beraber ayrılık yası olarak yorumlanır. Bu yas süreci, bireysel ve çevresel faktörlere bağlıdır ve bu durumun depresyona evrilmesi sonucunda bireylerin bulundukları çevreden uzaklaşarak gerileme şeklinde savunma geliştirdikleri düşünülmektedir (Freud, Yas ve Melankoli, 1917).

Bu dönemde yas tutan bireyin, oral (emme) döneminde olduğu gibi, ayrıldığı ya da kaybını yaşadığı içsel ya da dışsal nesnenin yerine bir başka nesne ile özdeşleşmesi gerekmektedir. Eğer, içselleştirecek ya da özdeşim kuracak uygun nesne bulunamazsa bireyler hayali veya gerçek olmayan bir nesneye yönelmeye başlar, aynı zamanda bu süreçte iç dünyasında kendi yasını yaşamaya devam eder. Ancak, depresyon durumunda yas yaşama sürecinde aksaklık olur ve birey, öfkesini veya saldırgan enerjisini kendisine çevirir (Sümer, 2008).

2.3. Bilişsel Kuram

Olumsuz duyguların ve duygu düzenlemedeki problemlerin sebep olduğu depresyon, kişinin hislerini değil, aynı zamanda bireyin kendisini, çevresini ve geleceğini nasıl değerlendirdiğini şekillendirir (Teasdale, 1988).

Depresyon, bilişsel görüş, bilişler ve duygular arasındaki etkileşimi ele alarak tanımlanır. Depresyonun meydana gelmesinde duygulanımdan ziyade bilişlerin etkili olduğu savunulmuş olup, kontrol dışı, sürekliliği olan olumsuz düşünceler depresyon belirtileridir. Psikanalitik yaklaşımdaki bilinçdışı kavramının yerine ise otomatik düşünceler geçer. Bireyin çevresinden gelen uyaranlardan hangisine odaklanacağını hafızasında imgelediği temsiller belirler. Belirli olumsuz bilişlerin uyarmasıyla işlevi olmayan temsiller aktive olur ve otomatik düşünceler devreye girer (Beck & Clark, 1988). Bilişsel üçlü olarak adlandırılan bireyin kendisi, çevresi ve geleceği hakkında karamsar bakış açısı ise olumsuz otomatik düşüncelerden kaynaklanır. Tedavide en önemli rol oynayan şey, depresif bilişlerin ortaya çıkarılması ve anlaşılmasıdır (Beck, Rush, F., & Emery, 1979; Gotlib & Joormann, 2010).

Dikkat ve hafıza gibi bilişsel işlevler depresyonun sadece sonucu olarak gösterilemediği gibi bireyin depresyona karşı kırılganlığında, ortaya çıkışında ve sürekli olmasında önemli rol oynar. Depresif olmayan bireyler ile depresif bireylerin düşünce kavramları birbirinden farklıdır (Gotlib & Joormann, 2010). Depresif kişiler olumsuz duygu durumunu azaltmak için olumlu otobiyografik hafızalarını kullanamazken, depresif olmayan kişiler bu konuda oldukça yeterlidir (Joormann, Siemer, & Gotlib, 2007). Ruminasyon, depresyondaki zayıf problem çözme ile ilişkilidir (Raes, ve diğerleri, 2005; Watkins & Moulds, 2005).

Depresyon yaşayan kişiler sürekli olarak kayıp ve yetersizlik düşüncelerini destekleyen anıları hatırlarlar ve aynı zamanda olumsuz gerçek olmayan anılar da üretebilir ve daha az olumlu anı bildirebilirler (Oatley & Jenkins, 1992). Bilişsel yanlılığın göstergesi olarak, depresyonda olumsuz içeriğe erişimin daha fazla olması ve bu içeriğin daha fazla kodlanması gösterilebilir (Joormann, Teachman, & Gotlib, 2009).

Günümüzde hala depresyon hastalığını anlamakta ve tedavi etmekte kullanılmakta olan AoranBeck'in geliştirmiş olduğu model üzerine yapılan eklemelerle depresyon hastalarının bilişsel terapi metodu ile hastalığın iyileşmesi daha da kolaylaşmıştır. AoranBeck psikanalitik ve davranışçı

kuramların yetersiz kaldığını düşünmesi ile bu metodun oluşmasına zemin sağlamıştır. Depresyon hastalığında oluşan negatif düşüncelerin otomatik düşünceler olduğu Beck'in vurguladığı noktadır ve bu da bilişsel aşamalarda oluşan aksaklıkları göstermektedir (Öztürk & Uluşahin, 2015).

Bireylerin olumsuz düşünceleri, onların benlik algılarını etkiler ve Beck, depresyon konusundaki değerlendirmesini yaparken buna değinmiş, söz konusu bu değerlendirme ve bilişsel aşamalara ait model içerisinde şemaların-temsillerin ve bilişsel çarpıtmaların önemini vurgulamıştır (Beck A. T., 1987).

Depresyona, bilişsel model çerçevesinde bakıldığında bireylerin çevresine ve kendisine dair olumsuz düşüncelerinin ve davranışlarının etkisi görülmektedir. Özellikle çocukluk döneminde oluşturulan negatif şemalar-temsiller, ileriki yaşlarda bireylerin depresyon hastalığına yakalanma riskini arttırmakta, oluşturulan bu şemalara bağlı olarak gelişim sürecinde bireyin algısı seçici olmaktadır. Dolayısıyla olumlu ya da olumsuz bilişsel şemaların-temsilin çocukluk döneminde oluşmaya başlayarak gelişimini sürdürdüğü bilinmektedir. Şemaların oluşumu esnasında sert bir tutum sergilendiyse ve bireyler değişime direnç gösterdiyse ileriki yaşlarında otomatik düşüncelerle benliklerini değerlendirerek bu değerlendirmenin olumsuz olması sonucunda kendilerine yönelik saldırgan tutum sergilemeye başlayabilirler bu da depresyonun en yoğun yaşandığı dönemdir (Balcıoğlu, 1999).

Yetersizlik, değersizlik duygusu ve kendini başarısız olarak kabul etme düşüncelerine dair şemaların oluşumu da özellikle depresyon hastalarının deneyimledikleri duygulardır (Balcıoğlu, 1999). Çocukluk döneminde oluşmaya başlayan negatif düşüncelerle biçimlendirilmiş şemalar ilerleyen yaşlarda benzer ortam şartlarında yeniden aktif hale gelebilir, kişinin çevresine ve benliğine bakışını da olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974). Depresyon hastalığına dair yapılan bilişsel model çalışmalarında, kişinin kendisine, iletişim halinde olduğu çevresine ve sübjektif deneyimleriyle birlikte geleceğe dair algıları ve düşünme biçimini içeren bu şemalar olumsuz üçlü olarak isimlendirilmektedir.

Söz konusu şemaların olumsuz olması durumunda birey kendisini sosyal çevresine muhtaç, beceri bakımından eksik ve yetersizlik duygusu içinde görebilmekte, bunlara bağlı olarak da çevresi tarafından dışlanan, ilgilenilmeyen, değersiz biri olarak görüldüğünü algılamaktadır (Otlı, 2008).

Depresyon hastalarında bu bilişsel çarpıtmalara bağlı olarak kendi çevrelerine dair görüşlerindeki ve algılamalarındaki değişiklikler de hedeflerine ulaşma konusunda çevresi tarafından engellenmiş, üstesinden gelemeyecek kadar sorunlarının var olduğunu düşünmeye başlaması şeklinde özetlenebilir. Depresyon hastalarında bilişsel çarpıtmalara ve olumsuz şemalara bağlı olarak, bireylerin sosyal çevrelerine ve benliklerine dair algılarının hatalı olduğu veya kişi tarafından çarpıtıldığı, bu değerlendirmeler açısından bilişsel kuramın dikkat çekmek istediği noktadır (Otlı, 2008).

2.4. Bağlanma Kuramı

Bağlanma kuramına göre, bebek ve ona bakan yani bakım veren kişi arasındaki erken dönem ilişkisi, bireyin yetişkin dönemindeki ilişkilerini de şekillendirmesinde rol oynar. Güven duygusu, bebeğin sorumluluk, ulaşılabilirlik ve destek gibi ihtiyaçlarının uygun ve tutarlı şekilde sağlandığında oluşur. Bebeğin, bakım veren kişi ile olan ilişkisi gelecek dönemdeki ilişkilerinin temelini oluşturur (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1980; Bretherton, 1985).

Psikolojik bozukluklar üzerinde doğrudan etkili olmayan bağlanma biçimlerinin yaşam gidişatı üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (Lee & Hankin, 2009). Annesinden ayrılan çocukların tepkilerini gözlemleyen Bowlby, bu çocukların yoğun bir şekilde kaygı duygusunu yaşadıklarını tespit etmiştir. Kaybolan bakım verenlerini olan ve onları arayan çocukların reddeden, ümitsiz ve mesafeli tutumlar sergiledikleri ve bunun da depresyonu anlamada yardımcı olabileceğini düşünmüştür (Hankin, Kassel, & Abela, 2005). Depresif belirtiler ile güvensiz bağlanma stili arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Abela, ve diğerleri, 2005).

Güvensiz bağlanma stili geliştiren bireyler, ilişkilerinde kendilerinin rol aldığı stresli bir ortama sahiptir ve bu sebeple de depresyona daha yatkındırlar, bununla birlikte çevrelerindeki olayları da stres verici olarak algılayıp tanımlarlar. Negatif benlik algıları, onlara sosyal destek sağlayabilecek kişileri de kendilerinden uzaklaştırmalarına sebebiyet verir (Hankin, Kassel, & Abela, 2005).

Güvensiz bağlanma stili ile depresif belirtiler arasındaki bağlantıda fonksiyonel olmayan düşünceler ve özgüven düşüklüğü aracı değişken olarak karşımıza çıkar. Bireyin negatif içsel çalışma modeli geliştirmesine neden olan çocuk ile ebeveyn arasındaki tutarlı ve yeterli olmayan bir ilişki, bireylerin kendisinin değersiz ve sevmeye değer olmayan biri olduğu, çevresindekilerin ise güvenilmez kişiler olduğu inancının gelişmesini tetikler (Reilly, Ciesla, Felton, Weitlauf, & Anderson, 2012). Bu model aynı zamanda depresyonun açıklanmasına ışık tutan bilişsel kırılganlık modeli ile uyumludur ve bu modele göre negatif bilişlerin, bireyin depresyona karşı olan kırılganlığını artırdığı da bilinmektedir (Alloy, ve diğerleri, 2000; Scher, Ingram, & Segal, 2005).

2.5. Depresyonun Epidemiyolojisi

Psikiyatrik hastalıkların en yaygını olarak görülen depresyonun, başlama yaşı genelde 20 ile 50 yaş aralığında olup, çocukluk veya yaşlılık dönemlerinde de depresyonun başladığı görülmektedir. Yapılan yeni araştırmalara göre 20 yaş altındaki bireylerde depresyonun görülme sıklığının da arttığı tespit edilmiştir. Depresyonun en çok boşanmış veya ayrılmış bireylerde görüldüğü bunun yanında bireylerin ekonomik durumunun depresyonla bir ilgisi olmadığı görülmüştür. Depresyon ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında genel olarak depresyon sıklığının %9-20 oranları arasında değişiklik gösterdiği, erkekler ve kadınlar arasındaki görülme oranının da erkeklerde %8-12, kadınlarda %20-26 arasında değişiklik gösterdiği bilinmektedir (Öztürk M. O., 2004).

Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili yapılan çalışmalara göre ise tüm çalışmalardaki genellemenin aynı olduğu; varılan sonucun depresyonun

sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Çeşitli çalışmalara göre kadınlardaki MDB riskinin de erkeklerin 2 katı oranında fazla olduğu saptanmış olup yaş skalasındaki incelemeler sonucunda ise bu farkın giderek azaldığı hatta belirli bir dönemde aynı risk oranına ulaştığı belirlenmiştir (Klose & Jacobi, 2004).

Depresyon, hem sebep olduğu sosyal kayıplar ve iş kayıpları, güncel etkinliklerde meydana getirdiği olumsuzluklar nedeniyle hem de kronikleşebilen bir hastalık olduğundan dolayı tıbbi hastalıkların içinde yeti kaybı bakımından dördüncü sırada yer aldığı, 2020'lerde ise iskemik kalp hastalığının ardından ikinci sıraya yükseleceği tahmin edilmekteydi. Depresyon, tedavi süreci, işlevselliğin yetersiz olması ve intihar gibi harcamalardan dolayı maliyetli bir tedavi sürecine sahiptir ve dolayısıyla da topluma ağır yükleri olan bir hastalıktır. Depresyon tipik olarak bireyin önceden hoşlandığı olağan etkinliklerden eskisi kadar zevk alamaması ve bu etkinliklere karşı ilginin yok olmasıyla ortaya çıkan, kötümserlik, güçsüzlük, gam ve üzüntü duyguları ile seyreden depresif bir duygu durumu olduğu gibi hem fiziksel hem de zihinsel alanda enerji düşüklüğü ile kendini belli eder. Bütün bu duygu durumları ile birlikte düşünce içeriğinde sınırlanma ve psikomotor yavaşlama ile gözle görülür biçimde fonksiyonelite azalma ve bilişsel yavaşlamayla da kendini göstermektedir (Balcıoğlu, 1999).

Bu belirtileri destekleyici nitelikte olan Türk ruh sağlığı profilinde yapılan araştırmalar, Türkiye'deki depresif bozuklukların %3,9 oranla (kadınlarda %7,9'luk, erkeklerde ise %5,8) en yaygın ilk on hastalık içerisinde dördüncü sırada yer aldığı ve en fazla rastlanan ruhsal bozukluğun depresif bozukluklar olduğu yönündedir (Kılıç, 1998).

2.6. Depresyon Belirtileri

Melankoli, hüznün, elem, üzüntü gibi kavramlardan ayrışman depresyon, toplumda en yaygın görülen ruh hastalıklarından biridir ve bireyin fonksiyonelliğini gözle görülür şekilde bozan, kişinin görünümündeki, konuşmasındaki, düşünce içeriğindeki, düşünce yapısındaki ve

davranışlarındaki değişimler gibi belirli semptomlarla seyreden, güçsüz duygu durum halidir.

Güçsüz duygu durum ve hayattan eskisi kadar zevk alamama, ilgilerde azalma olması depresyonun temel iki belirtisi olarak gösterilebilir. Aynı zamanda çabuk yorulma, iştahta daha öncesine göre aşırı artma ya da azalma, uykusuzluk ya da eskiye göre daha çok uyuma, dikkatini verememe, hareketlerde ve konuşmada yavaşlama, suçluluk duygusu ve değersiz hissetme, sürekli olarak ölüm-intihar düşüncesi belirtileriyle seyretnmektedir. Majör depresif bozukluk tanısı için, DSM-5'e göre, temel belirtilerden en az biri dahil olmak üzere, yukarıda belirtilmiş olan belirtilerle birlikte toplam beş belirtinin olması ve bu belirtilerin en az 2 hafta kadar sürüyor olması ve günlük görev ve sorumluluk işlevselliğinin bozulmuş olması gerekir. Ancak belirtilerin, kullanılmakta olan ya da kullanıma yeni başlanan herhangi bir ilaç ya da madde etkisiyle ortaya çıkmamış olması, genel tıbbi bir durumla ve matem ile ilişkili olmamalıdır. Depresyon, hafif, orta, şiddetli ve psikotik olarak farklı seviyelerde görülebilen, bireyin çevresiyle olan ilişkilerinde bozulmalar, iş verimliliğinin düşmesi ve yaşam kalitesinde düşüş de görülmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013; Joiner Jr, Walker, Pettit, Perez, & Cukrowicz, 2005; Kırpınar, 2016).

Depresyon konuşmada duraksama, sessiz ve yavaş bir konuşma şekli gibi iletişimsel bazı belirtilerle de seyreder ve konuşmadaki duraksamaların sıklığı ile depresyonun düzeyi arasında oldukça kuvvetli bir ilişki vardır ve konuşmaları diğerleri tarafından sıklıkla üzgün ya da gergin olarak nitelendirilir. Ancak, depresif kişilerin duygusal deneyimleri ses tonlarında ayrıştırılamadığı gibi duyguları da ses tonuna yansımazken, yüz ifadeleri üzgün olmak dışında duygusal durumları ile ilgili bilgi vermez. Negatif duygularını maskeleyemeyen ve başkaları ile iletişim kurarken kontrol dışı sergiledikleri çaresiz ve üzgün görüntüleri olan depresif kişiler, depresif olmayan bireylere göre de daha az göz kontağı kurarlar. Bütün bunlar dolayısıyla yaşanan iletişim problemleri ve bireyler arasındaki iletişime olumsuz duygu durumun da yansması ile problemli ilişkiler ortaya çıkmaktadır (Segrin, 1992; Segrin, 2000; Tolkmitt, Helfrich, Standke,

&Scherer, 1982; Vanger, Summerfield, Rosen, & Watson, 1992; Yang, Fairbairn, & Cohn, 2013).

Yapılan bir zihin-analiz çalışmasında küresel nüfusun %5'inin depresyona yakalandığı belirtilmektedir (Ferrari, ve diğerleri, 2013). Depresyonun ilk ortaya çıkışı ortalama olarak başlangıç, yirmili yaşların ortalarında olsa da geç ergenlik, genç yetişkinlik ya da ileri yaşlarda da ortaya çıkmaktadır. Depresyonun en sık görüldüğü yaş aralıkları ise 15-19 ve 25-29 yaşları, hayat boyu sıklığı ise %4-%20 oranları arasındadır ve erkeklere oranla kadınlarda, düşük sosyoekonomik düzeylerdeki bireylerde ve evli bireylere göre de bekarlarda daha sık görülmektedir (Burke, Burke, Regier, & Rae, 2003; Andrade, ve diğerleri, 2003; Kessler & Wang, 2009; Lorant, ve diğerleri, 2003; Kim & McKenry, 2002).

Depresyon yeme bozuklukları, anksiyete, sosyal fobi gibi diğer akıl ve ruh sağlığı hastalıkları veya fiziksel hastalıklara da zemin hazırlamaktadır (Cummings, Caporino, & Kendall, 2014; Herpertz-Dahlmann, ve diğerleri, 2015; Kang, ve diğerleri, 2015; Kessler, Stang, Wittchen, Stein, & Walters, 1999).

Duygusal farkındalıkta, sosyal bağlılıkta ve kişilerarası ilişkilerde bozukluk olarak tanımlanan aleksitimi ile depresyon arasında oldukça kuvvetli bir ilişki bulunmaktadır ve doğum sonrası, distimik bozukluk, bipolar bozukluk, siklotimik bozukluk ve yaşla birlikte de görülebilmektedir (Honkalampi, Hintikka, Tanskanen, Lehtonen, & Viinamäki, 2000; Şaşıoğlu, Gülol, & Tosun, 2013; Öztürk & Uluşahin, 2016). Distimi, kişilikle oldukça ilgiliymiş gibi görünen, kronik ve hafif düzeyde seyreden depresyon olarak adlandırılır ve erken yaşta başlar (Markowitz, Moran, Kocsis, & Frances, 1992).

Majör depresyonun veya klinik depresyonun tekrarlama olasılığının %80 oranında olduğu bilgisine dayanarak, majör depresyon yaşamış bireylerin, yaşamlarının farklı dönemlerinde de depresif dönemler geçirdikleri bilinmektedir (Frank, ve diğerleri, 1990; Mueller, ve diğerleri, 1999). Majör depresyon tedavisinin, depresyonun ilk aşamalarında yapılması hastalığın

tekrar olasılığını azaltır (Clarke, Rohde, Lewinsohn, Hops, & Seeley, 1999; Jarrett, ve diğerleri, 2001).

Depresyon bozukluğu için risk faktörleri, cinsiyet, erken dönemdeki ebeveyn kayıpları, kişilik özellikleri, travmatik yaşanmışlıklar, sosyal destek düzeyinin düşüklüğü, sürekli olarak devam eden stresli olaylar, genetik yapı ve bireyin geçmişte depresyon ya da anksiyete yaşayıp yaşamadığı olarak belirtilmiştir (Andrade, ve diğerleri, 2003; Wilhelm, Parker, Dewhurst-Savellis, & Asghari, 1999).

2.7. DSM-V’te Depresif Bozukluklar

- Güçsüzlük, çökkünlük, ilgi ve zevklerde azalma, uyku problemleri, iştahın artması ya da azalması, odaklanma ve karar almada değişiklikler, değersiz hissetme, suçluluk duygusu içerisinde olma, hareketlerde yavaşlama ya da aşırı artış hali majör depresyon bozukluğunun başlıca belirtileri olarak sıralanabilir. Majör depresyon, kadınlarda erkeklere oranla 2 kat, maddi zorluk yaşayan bireylerde ise maddi zorluk yaşamayanlara oranla 3 kat daha fazla görülmektedir (Kessler, ve diğerleri, 2006).

ABD’de yapılan araştırmalara göre majör depresyon bozukluğu, orada doğanlara oranlar göçmenlerde daha fazla olduğunu saptanmış olup, kültürel ve mevsimsel özelliklere göre de değişiklik göstermektedir (González, ve diğerleri, 2010). Yapılan araştırmalar doğrultusunda depresyonun kalp hastalıklarının başlaması ile olan ilişkisinin %90, hastalığın şiddetinin artması ile olan ilişkisinin ise %60 oranında olduğu ve majör depresyon bozukluğunun başka sağlık problemlerini de tetikleyebileceği bilinmektedir (Surtees, ve diğerleri, 2008; Nicholson, Kuper, & Hemingway, 2006).

- Belirtilerinin en az iki yıl devam ettiği bilinen ve kronik bir bozukluk olan distimiye (süregiden depresyon bozukluğu) yakalanan bireylerin genellikle kendilerini depresif hissettikleri, daha önceden hoşlandıkları etkinlik ya da eğlenceli aktivitelerden eskisi kadar zevk almadıkları bilinmektedir (Kring, Johnson, & Wiley, 2017).

- Yıkıcı Duygudurum Düzensizlik Bozukluğu.
- Adet Öncesi (Premenstrüel) Disforik Bozukluğu.
- Maddenin/ İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu.
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu.
- Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu.
- Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu (DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, 2013).

2.8. Kendini Toparlama Gücü

Psikolojik dayanıklılık (resilience) olarak adlandırılan kavram, II. Dünya Savaşı döneminde ortaya çıkmıştır. Bireylerin karşılaştıkları zorluklara rağmen güçlü kalabilmeleri, yaşadıkları problemlerle mücadele etme becerileri psikolojik dayanıklılık olarak adlandırılır. Söz konusu kavram İngilizcede yer alan “bouncingback” kavramından türetilmiştir. Birçok kaynakta kendini toparlama gücü olarak adlandırılan psikolojik dayanıklılığın oluşmasında bireye ek olarak aile ile toplum da önemli rol oynamaktadır. Psikolojik dayanıklılığın oluşması için birey, ev içinde destek görmelidir. Aile ortamında koşulsuz destekleyen ebeveyne sahip bireylere anne-babaları tarafında yapabileceği işlerin verilmesi, psikolojik dayanıklılığın oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Bireyin ev ortamında desteklenmesi ve birtakım işlerin üstesinden gelmesi özgüveni arttırdığı gibi problem çözme becerisini de olumlu etkiler. Bireyin karşılaştığı problemlere karşı güçlü kalabilmesi ve pes etmemesi, psikolojik dayanıklılığın gereklerindendir. Bireyin karşılaştığı yeni ve zor durumlara uyum sağlayarak onların üstesinden gelebilmesi psikolojik dayanıklılık ile mümkündür (Glover, 2009).

Psikolojik dayanıklılığın bireyin özgüvenini arttırmasının yanı sıra birçok hastalığa neden olan stresi de önlediği bilinmektedir. Psikolojik dayanıklılığa sahip bireyler günlük yaşamlarındaki sorunları kolayca çözebildiği gibi çoğu zaman da bu durumu fırsata çevirir. Psikolojik dayanıklılığı zayıf olan bireylerde ise kontrol kaybetme ve yaşamdan soğuma gibi davranışlar gözlemlenir (Kurt, 2011).

Psikolojik dayanıklılık konusunda yapılan çalışmalar incelendiğinde olumsuz durumlarla başa çıkma, davranışlarını sergilerken olumsuzluğa kapılmama (Benard, 2004; Kumpfer, 1999; Martinek & Hellison, 1997), gereken öz yeterlik seviyesine sahip olma (Benard, 2004; Masten, Resilience in Individual Development: Successful Adaptation Despite Risk and Adversity, 1994; Rak & Patterson, 1996) ile karşılaşılan problemlere rağmen otokontrolü kaybetmeme (Dumont & Provost, 1999; McMillan & Reed, 1994; Steinhart & Dolbier, 2008) gibi etkenlerin büyük role sahip olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (Terzi, 2008).

Psikolojik dayanıklılık kavramını ele alan araştırmacılara ait pek çok tanımlama bulunmaktadır. Psikolojik dayanıklılığın bağlantılı olduğu unsurlar arasında esneklik, pes etmeme ve dayanıklılık yer almaktadır. Dayanıklılığı yüksek bireyler olumsuz durumların üstesinden kolayca gelebilirler dolaylı olarak da problem çözme becerilerini geliştirmiş olurlar. Temel olarak psikolojik dayanıklılık kavramının kişinin yaşadığı strese dayanması ve psikolojik açıdan herhangi bir olumsuzluğa kapılmaması olarak açıklanabilir. Birey ile çevresi arasındaki etkileşim sonucu ortaya çıkan psikolojik dayanıklılık, bireyin sosyal çevresinden doğrudan etkilenmektedir. Bu aşamada konuya, ekolojik bakış açısıyla yaklaşılabilir. Ekolojik bakış açısı psikolojik dayanıklılık sürecini "birey ve çevre arasındaki karmaşık transaksionlara atıfta bulunan çok yönlü bir kavramsal temel" penceresinden ele alma imkânı tanımaktadır. Ekolojik bakış açısına göre insanların sergiledikleri davranışlar, yalnızca bir nedene bağlı olmadan değerlendirilir. Dolayısıyla davranışlar, yalnızca bir nedenin sonucu değil, birey ile çevre etkileşiminin bir sonucu olarak kabul edilir (Eminağaoğlu, 2006).

Kendini toparlama gücü kavramını ele alan ilk yazarın Horatio Alger olduğu bilinmektedir. 19. yüzyılda yaşayan bir din görevlisi olan Alger, Batmak ve Yüzmek, Yırtık Pırtık Tom, Luck ve Pluck isimli kitaplarında insanların karşılaştıkları zorlukların sahip olunan güçlü iradeyle aşılabileceğini kaleme almıştır. Alger imzası taşıyan bu eserlerin edebiyata önemli katkıları olmasa

da kendini toparlama gücü ifadesini ele alan ilk yazar olarak kayıtlara geçmiştir (Tarter & Vanyukov, 1999).

Kendini toparlama gücü kavramına ait yapılan çalışmaların birçoğu dayanağını, 1970'lerde Bronfenbrenner ile Germain'e ait araştırmalardan almaktadır. Ekolojik teoride konuya yaklaşıırken sebep olan faktörlerin tamamı dikkate alınır. Bronfenbrenner, bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının oluşmasında ailenin, akranların, komşuların ve okulların önemli etkenler olduğunu belirtmektedir (Fraser, 1997). Bronfenbrenner'a ait ekolojik teoride çocuk açısından risk teşkil eden unsurların belirlenebilmesi açısından öne çıkan bazı etkileşim seviyelerinden bahsetmektedir. Bu seviyelerden ilki çocuk ile yakın çevresi, ikincisi çocuk ve toplumsal sistemler, üçüncüsü ise çocuk ile kültürel değerler ve yasal belgelerdir (Engle, Castle, & Menon, 1996).

Masten, Best ve Garmezy psikolojik dayanıklılığın “zorlu veya tehdit edici koşullara rağmen başarılı adaptasyon gösterebilme kapasitesi gösterebilme süreci veya sonucu” olduğunu savunmaktadır (Glantz & Sloboda, 1999). Masten'e(2013) göre psikolojik dayanıklılık “önemli risk faktörlerine ya da bunların iyileştirilmesi kapasitesine atıfta bulunan, sağlıklı bir şekilde işlev gören, gelişmeye devam eden dinamik bir sistemdir” (Masten, 2013).

Masten'e(2001) göre “kendini toparlama gücü uyum sağlama ya da gelişmeye yönelik ciddi tehditlere rağmen iyi sonuçları ifade eder ve kavram üzerine yapılan araştırmalar da bu iyi sonuçlara neden olan süreçleri anlamayı amaçlamaktadır” (Masten, 2001). Beauvais ve Oetting(1999) kendini toparlama gücünü “yaşam krizleriyle başa çıkma, uyum sağlama veya üstesinden gelme yeteneğidir” (Beauvais & Oetting, 1999). Tugade ve Fredrickson'a(2004) göre ise psikolojik dayanıklılık “olumsuz ve stresli duygusal deneyimlerden geriye dönme yeteneğidir” (Tugade & Fredrickson, 2004).

2.9. EMDR Terapisi

Türkçeye, Göz Hareketleri ile Yeniden İşleme ve Duyarsızlaştırma Terapisi olarak çevrilmiş olan EMDR'nin orijinal adı EyeMovementDesensitizationandReprocessing'dir. Shapiro, EMDR'yi beyinin öğrenme sırasında kendi iç işleyişinde olan bilgi işleme sistemi ve anıların nasıl depolandığı ile ilgilenen bir yaklaşım olarak vurgulamıştır ve bu anıların yaşanmış oldukları andaki işlevsiz/zararlı hali ile beyne kaydedildiğine değinmiştir (Shapiro F. , 2001).

EMDR, bu işlevsiz/zararlı halin ve kaydedilmiş deneyimlerin bireyin ruh sağlığına katkıda bulunacak uyumlu bir çözüme dönüştürmeyi esas alır. Adaptif Bilgi İşleme Modeli'ne (AIP) dayanan EMDR, kompleks bir yaklaşımdır. AIP modeli ise çeşitli ilkelere ve varsayımlara dayanmakta olup, bu ilke ve varsayımların da değişimde çeşitli potansiyel etkenleri içerdiği ile ilgili kapsamlı incelemeler bulunmaktadır (Shapiro F. , 2001).

Shapiro tarafından ortaya koyulan AIP modeli, kişinin bugün yaşadığı güçlüklerin temelini açıklar. Örneğin, öğrenci bugün ödevlerini yapmakta bir güçlük yaşıyorsa, bu güçlük geçmişte yaşadığı olumsuz bir deneyime dayanmaktadır (Shapiro F. , 2001). Buchanon ise, öğrenme ile uyumlu olarak AIP modeli, yeni deneyimlerin sürekliliği, var olan anı haritalarına duyular aracılığıyla bir şeyi algılamak olan bir bilgi işleme sisteminin varlığını önermiştir (Shapiro, Brown, & Biegel, 2007).

Otomatik olarak geçmiş anı ağları ile birebir ilişki içerisinde olan şu an, şu anki durumun nasıl algılandığı ile bağlantılıdır. Örneğin, kişi daha önce öğrenmiş olduğu matematiksel toplama deneyimleri dolayısıyla şu anda matematiksel bir toplama işlemi yapabilmektedir. Bu örnek ile benzer olarak eğer bir öğrenci okulda aldığı düşük notlar sebebiyle ailesi tarafından azarlandıysa ya da düşük not nedeniyle duygusal veya fiziksel şiddet gördüyse bu anı, eğitim yaşamındaki potansiyel duygusal ve fiziksel acılar ve tehlikeler ile ilgili anı ağlarında depolanmaktadır. Shapiro'ya göre oyun arkadaşı ile yaşanan bir çatışma ve onun çözümü ile ilgili yaşanan bir olayda da bu deneyim ilişkiler ile ilgili anı ağlarına yerleşir (Shapiro F. , 2001).

Gelen duyumsal algılar var olan anı ağları içerisinde bulunan ilgili bilgilere bağlanarak entegre olmaktadır, bu da yaşanan deneyimi anlamlandırmayı sağlamaktadır. Öğrenilen yararlı şeyler, gelecekteki kişiye rehberlik etmek üzere anı ağlarında uygun duygular ile depolanmaktadır (Shapiro F. , 2001). Burada Bandura, insanın öğrenmesini, taklit ve gözlemin yanı sıra düşünme, hafıza, dil ve davranışların sonuçlarını tahmin etme ve değerlendirme şeklinde geliştiğini açıklamıştır. AIP Modeline göre, deneyim uygunsuz şekilde işlendiğinde psikolojik zorluklar doğmaktadır. Shapiro'nun AIP Modeline göre, özellikle stres veren üzücü bir olay yaşandığında, yaşanan olay o anda olduğu haliyle depolanmaktadır ve bu da olayın olumlu anı ağları ile bağlantı kuramadığı, yaşandığı zamandaki ağlarında donakaldığı anlamına gelmektedir (Shapiro F. , 2001). Shapiro'ya göre, bir anı, üzüntü veren duruma özgü olarak uyaran şekilde kaydolursa, oldukça uygunsuz duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkiler ve semptomlar (kaygı, kâbus, kontrolsüzce gelen düşünceler) ortaya çıkarabilir (Shapiro F. , 2001).

Seans transkripsiyonlarından varılan sonuçlarda, duyguların, iç görülerin, duyumların ve anıların yüzeye gelişinde, seansta intrapsişik/iç ruhsal bağlantıların hızlı ilerlemesi ile ilgili olduğu anlaşılmakta ve her bir çift yönlü uyarım setinde değişimler görülmekte ve işleme de bu şekilde oluşmaktadır (Shapiro F. , 2001). Oturum başarılı olarak sonuçlanmışsa, anının izole olmaktan çıkarak daha geniş bir anı ağına entegre olduğu görülmektedir. Önceki nörobiyolojik teoriler ile AIP Modeli örtüşmektedir ve yapılan son çalışmalara göre EMDR terapisinin gelecek olaylara genelleme etkisine sahip olduğu anlaşılmaktadır. Buna göre, EMDR'nin yeniden bir araya getirme (reconsolidation/yeniden inşa etme) mekanizmasına dayandığını nörobiyolojik çalışmalar da göstermektedir.

EMDR bireyin dayanıklılığını besleyerek güçlenmesinde yardımcı rol oynamakta ve kişinin benzer bir travma ile karşılaştığında aynı problemleri yaşamasını (relaps) önlemektedir, dolayısıyla EMDR'nin diğer yaklaşımlara nazaran öz düzenlemeli öğrenme programına eklenmesini doğrulamaktadır. Adaptif bilgi işlemeyi azami seviyeye indirmek için, öncelikle danışman tarafından ilgili anı ağında pozitif / adaptif bilgilerin bulunduğundan emin

olunmalı, daha sonra problem her ne ise, önce problemin altında yattığı işlevsiz olarak depolanmış anılar deşifre edilmelidir. Bu işlem, danışman tarafından, zaman zaman bireye ait negatif deneyimlerin, zaman zaman da pozitif deneyimlerin gündeme getirilerek işleme süresince uygun bağlantılar kurulmasını sağlayarak yapılır (Shapiro F. , 2001).

TSSB tedavisinde çıkış noktası olarak EMDR kullanıldığından, literatürde de özellikle TSSB için kullanılacağına dair bir algı oluşmuşsa da, günümüzde pek çok araştırma EMDR terapisinin pek çok psikolojik güçlük açısından etkili olabileceğine vurgulanmaktadır.

3. BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada EMDR'nindepresyon ve kendini toparlama gücü üzerindeki etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma deseni deneysel araştırmadır (Karasar, 2012). Araştırmada bir grup depresyon tanısı almış hastaya EMDR uygulanacaktır. Bu hastalar deney grubunda yer almaktadır. Bir grup hastanın ise mevcut psikoterapi tedavisine devam etmesi sağlanacaktır. Bu gruptaki hastalar ise kontrol grubunu oluşturmaktadır. Her iki gruba da EMDR öncesinde ön test yapılacaktır. EMDR sonrasında yapılacak son test ile yöntemin etkileri belirlenecektir.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmamızda evren sayısına ilişkin istatistiki veri bulunmamaktadır. Bunun yanında çalışma uygulama içerdiğinden gönüllülük esası ile katılımın az olabileceği düşünülmektedir. Bu durum araştırmanın en önemli sınırlılığıdır. Beck Depresyon Envanteri ve Kendini Toparlama Gücü Ölçeği kullanılan araştırmada, ön test ve son test kullanılmış olup, deney-kontrol grupları üzerinden araştırması yapılan çalışma içerisinde EMDR terapisinin bağımsız değişken olarak, panik bozukluk ve kendini toparlama gücü bağımlı değişkenleri üzerindeki etkisini saptamak amacıyla İstanbul ilinden seçilen, 20 deney grubu, 20 kontrol grubu için olmak üzere toplam 40 hasta ile çalışılmıştır. Çalışma içerisinde, öncelikle ön testi yapılan katılımcılardan deney ve kontrol grubuna veri toplama araçları uygulanmıştır. Sürecin sonraki adımlarında ilgili deney yapılacak gruba EMDR terapisi uygulanmış olup, kontrol grubuna ise mevcut tedavileri devam ettirilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada, anket formları veri toplama yöntemi olarak kullanılmıştır ve 2 bölümden oluşmaktadır. Anket formunun bölümlerini “Kişisel Bilgi Formu”, “Beck Depresyon Envanteri” ve “Kendini Toparlama Gücü Ölçeği” oluşturmaktadır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Çalışmada kullanılan ilk veri toplama aracı kişisel bilgi formudur. Katılımcıların kişisel profilini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

3.3.2. Beck Depresyon Envanteri

Beck ve arkadaşları tarafından depresyonda görülen bilişsel, duygusal, motivasyonel eğilimleri ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). BDE 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınacak puanlar 0-63 arasında değişmekte olup, 17 ve üzerindeki puanlar depresyonun varlığını belirtmektedir (Hisli, 1988; 1989). Beck Depresyon Envanterinin 1961’de ve 1978’de geliştirilen iki formu bulunmaktadır. Beck Depresyon Envanterinin bu araştırmada kullanılan 1978 formunun Türkçe ’ye uyarlanma çalışmasında iç tutarlık katsayısı .80, iki yarım test güvenirlik katsayısı .74, test tekrar test güvenirliği sırasıyla .73 ve .65 olarak bulunmuştur (Hisli, 1988).

3.3.3 Kendini Toparlama Gücü Ölçeği

İlk kez Wagnild ve Young (1993) tarafından “ResilienceScale” olarak geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinalinde maddelerin iki faktörde toplandığı (Wagnild ve Young, 1993) bununla birlikte ölçeğin Rusçaya uyarlanması çalışmasında yedi faktörün ortaya çıktığı belirtilmiştir. Işık vd. (2019) tarafından ölçeğin Türk kültürüne uyarlanmış uzun halinin kısaltılmasıyla oluşturulmuştur. İlk ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.91’dir. Ölçek 10 maddeden oluşmaktadır ve Cronbach Alpha katsayısı 0.83’tür. Tek faktörlü yapıya sahiptir.

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada öncelikle deney ve kontrol grubuna veri toplama araçları uygulanmış, ön test yapılmıştır. Ardından deney grubuna EMDR uygulanırken, kontrol grubu mevcut psikoterapi tedavilerine devam edilmiştir. Uygulamanın sonlanması ardından son teste geçilmiş ve elde edilen sonuçlar ön test sonuçları ile karşılaştırılmıştır.

3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Tüm istatistiksel analizler SPSS IBM programı ile yapılmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler belirtilmiş olup ilk olarak Beck Depresyon envanterine ve Kendini Toplama Gücü Ölçeğine yönelik betimsel analiz sonuçları verilmiş ve normal dağılım hipotezine uyup uymadığı çarpıklık ve basıklık katsayılarına bakılmak suretiyle tespit edilmiş ve parametrik test yöntemleri tercih edilmiştir (Tablo 1). Ardından Beck Depresyon envanterine ve Kendini Toplama Gücü Ölçeğine dönük iç tutarlılık analizi yapılmış, ölçeklerin çalışmada kullanılmasında bir sakıncanın bulunup bulunmadığı ele alınmıştır. Sonrasında Kişisel Bilgi Formunda yer alan demografik değişkenler (yaş, eğitim, medeni durum, gelir, meslek ve depresyon hastası olma süresi) araştırmada tanımlayıcı bilgiler olarak verilerek herhangi bir analize dahil edilmemiştir.

Normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi kullanılırken grupların ön test- son test karşılaştırmalarında ilişkili örneklem t testi kullanılmıştır. Son olarak depresyon ve kendini toplama gücü arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ile incelenmiş ve depresyonun kendini toplama gücü üzerindeki etkisi lineer regresyon analizi ile irdelenmiştir. Ulaşılan bütün sonuçlarda istatistiki anlamlılık $p < 0,05$ seviyesinde değerlendirilmiştir.

Deney ve kontrol grubu hastalarının veri toplama araçlarından aldıkları puanların minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri ile veri toplama araçlarından alınan puanların normal dağılıp dağılmadığını tespit etmek amacı ile kullanılan çarpıklık basıklık değerleri Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1.*Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçlarına İlişkin Bulgular*

		N	Min.	Maks.	$\bar{X}$	SS	Çarpıklık	Basıklık
Deney Grubu	Depresyon Ön Test	20	15,00	42,00	25,50	8,42	,503	-,989
	Kendini							
	Toplama Gücü	20	16,00	52,00	40,80	9,73	-,889	,643
	Ön Test							
	Depresyon Son Test	20	11,00	35,00	20,35	6,98	,238	-,914
	Kendini							
Kontrol Grubu	Toplama Gücü	20	29,00	57,00	45,05	8,66	-,435	-,619
	Son Test							
	Depresyon Ön Test	20	15,00	35,00	22,85	5,63	,610	-,425
	Kendini							
	Toplama Gücü	20	18,00	51,00	37,80	8,54	-,936	,985
	Ön Test							
Kontrol Grubu	Depresyon Son Test	20	16,00	32,00	23,30	5,31	,214	-1,205
	Kendini							
	Toplama Gücü	20	19,00	48,00	37,10	7,77	-1,092	,822
	Son Test							

Normal dağılım varsayımı; 'çarpıklık ve basıklık' değerleri bakılarak değerlendirilmelidir. Çarpıklıkla basıklık değerlerinin +1,50 ve -1,50 değerlerinin arasında olduğu hallerde normal dağılımın sağlandığını kabul edilmektedir. Gerçekleştirilen analizlerin neticesinde değişkenlerin tümünün ifade edilen aralıklarda bulunduğu, aşırı uç değerlerin bulunmadığı ve normal dağılım hipotezini temin ettiği belirlenmiştir, parametrik testlerin uygulanabilirliği neticesine ulaşılmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak tercih Beck Depresyon Envanteri ve Kendini Toplama Gücü Ölçeği ifadelerine verilen cevapların iç tutarlılık

katsayıları belirlenecektir. Ayrıca güvenilirlik katsayısının değerlendirme kriterleri aşağıdaki gibidir;

“0.00 < Katsayı < 0.40 ise ölçek güvenilir değildir.”

“0.40 < Katsayı < 0.60 ise ölçek düşük güvenilirliktedir.”

“0.60 < Katsayı < 0.80 ise ölçek oldukça güvenilirdir.”

“0.80 < Katsayı < 1.00 ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir” (Özdamar, 1999).

Tablo 2.

Güvenilirlik Analizi Bulguları

Ölçek	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Beck Depresyon Envanteri	,966	21
Kendini Toplama Gücü	,979	10

Beck depresyon envanterinin güvenilirlik katsayısı 0,966 ve kendini toplama gücünün güvenilirlik katsayısı 0,979 olduğu görülmektedir. Bu değerler; ölçeklerin yüksek derecede güvenilir olduklarını göstermektedir (Özdamar, 1999).

Tablo 3.

Araştırmada Kullanılan Veri Çözümleme Testleri

Amaçlanan İşlem	Uygulanan Çözümleme Testi
Deney ve Kontrol gruplarında bulunan hastaların depresyon ön test puanlarının farklılaşıp farklılaşmaması	Bağımsız örneklem t testi
Deney ve Kontrol gruplarında bulunan hastaların kendini toplama gücü ön test puanlarının farklılaşıp farklılaşmaması	Bağımsız örneklem t testi
Deney Grubunda bulunan hastaların depresyon ön test ve son test puanları arasında istatistiksel	İlişkili örneklem t testi

açıdan anlamlı bir fark olup olmaması

Deney Grubunda bulunan hastaların kendini

toplama gücü ön test ve son test puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olup olmaması

İlişkili örneklem t testi

Kontrol Grubunda bulunan hastaların depresyon ön test ve son test puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olup olmaması

İlişkili örneklem t testi

Kontrol Grubunda bulunan hastaların kendini

toplama gücü ön test ve son test puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olup olmaması

İlişkili örneklem t testi

Deney ve Kontrol gruplarında bulunan hastaların depresyon son test puanlarının farklılaşp farklılaşmaması

Bağımsız örneklem t testi

Deney ve Kontrol gruplarında bulunan hastaların kendini toplama gücü son test puanlarının farklılaşp farklılaşmaması

Bağımsız örneklem t testi

3.6. Etik Konular

Araştırmada kullanılacak veri toplama araçlarının izinleri gerekli kişilerden alınmıştır. Ayrıca araştırma süreci boyunca tüm etik kuralları titizlikle takip edilmiştir. Araştırmanın etik ilkeleri; uygulanan testler gizlilik ilkesine uygun şekilde yürütülmüştür. Katılımcıların sürece düzenli olarak dahil edilmesinin sağlanması için ilk görüşmede etik konular katılımcılar ile de görüşülmüştür.

4. BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Deney ve Kontrol Grubu Katılımcılarının Kişisel Bilgilerine Yönelik Bulgular

Araştırmanın bu kısmında Deney ve Kontrol Grubunda yer alan hastaların kişisel bilgilerine ilişkin verilen cevapların çözümlemeleri tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 2.

Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Ait Yaş Verileri

	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Yaş	18-25 Yaşlarında	6	30,0	5	25,0	11	27,5	,202 ,995
	26-33 Yaşlarında	4	20,0	5	25,0	9	22,5	
	34-41 Yaşlarında	4	20,0	4	20,0	8	20,0	
	42-49 Yaşlarında	3	15,0	3	15,0	6	15,0	
	50-57 Yaşlarında	3	15,0	3	15,0	6	15,0	

Tablo 4'te yapılan frekans analizi neticelerine göre; Deney Grubunda yer alan hastaların %30,0'unun 18-25 yaşlarında ve Kontrol Grubunda yer alan hastaların %25,0'inin 18-25 yaşlarında olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 3.*Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Ait Eğitim Verileri*

		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		X²	p
		N	%	N	%	N	%		
Eğitim	Ortaokul	5	25,0	4	20,0	9	22,5	,178	,981
	Lise	5	25,0	5	25,0	10	25,0		
	Üniversite	7	35,0	8	40,0	15	37,5		
	Yüksek Lisans-Doktora	3	15,0	3	15,0	6	15,0		

Tablo 5'te yapılan frekans analizi neticelerine göre; Deney Grubunda yer alan hastaların %35,0'inin üniversite mezunu ve Kontrol Grubunda yer alan hastaların %40,0'inin üniversite mezunu olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.*Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Ait Medeni Durum Verileri*

		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		X²	p
		N	%	N	%	N	%		
Medeni Durum	Evli	14	70,0	11	55,0	25	62,5	,960	,327
	Bekar	6	30,0	9	45,0	15	37,5		

Tablo 6'da yapılan frekans analizi neticelerine göre; Deney Grubunda yer alan hastaların %70,0'inin evli ve Kontrol Grubunda yer alan hastaların %55,0'inin evli olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 5.*Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Ait Gelir Verileri*

		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		X ²	p
		N	%	N	%	N	%		
Gelir Durumu	Düşük	3	15,0	5	25,0	8	20,0	1,543	,462
	Orta	11	55,0	12	60,0	23	57,5		
	Yüksek	6	30,0	3	15,0	9	22,5		

Tablo 7’de yapılan frekans analizi neticelerine göre; Deney Grubunda yer alan hastaların %55,0’inin orta seviyede ve Kontrol Grubunda yer alan hastaların %60,0’inin orta seviyede gelirinin olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 6.*Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Ait Meslek Verileri*

		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		X ²	p
		N	%	N	%	N	%		
Meslek	Memur	2	10,0	4	20,0	6	15,0	2,010	,848
	Özel Sektör	7	35,0	7	35,0	14	35,0		
	Serbest meslek	3	15,0	1	5,0	4	10,0		
	İş arıyor	3	15,0	4	20,0	7	17,5		
	Emekli	2	10,0	2	10,0	4	10,0		
	Ev hanımı	3	15,0	2	10,0	5	12,5		

Tablo 8’de yapılan frekans analizi neticelerine göre; Deney Grubunda yer alan hastaların %35,0’inin özel sektör çalışanı ve Kontrol Grubunda yer alan hastaların %35,0’inin özel sektör çalışanı olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 7.

Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Ait Depresyon Hastalığı Süresi Verileri

		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		X ²	p
		N	%	N	%	N	%		
Depresyon Hastalığı Süresi	1 Yıldan Az	4	20,0	2	10,0	6	15,0	3,810	,283
	1-5 Yıl Arası	6	30,0	12	60,0	18	45,0		
	6-10 Yıl Arası	6	30,0	3	15,0	9	22,5		
	11 Yıl ve Üzeri	4	20,0	3	15,0	7	17,5		

Tablo 9'da yapılan frekans analizi neticelerine göre; Deney Grubunda yer alan hastaların %30,0'unun 1-5 yıl arası ve Kontrol Grubunda yer alan hastaların %60,0'ının 1-5 yıl arası depresyon hastası olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

4.2. Deney ve Kontrol Grubu Katılımcılarının Ön Test Toplam Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde hastaların depresyon ve kendini toplama gücü ön test ortalama puanlarının deney ve kontrol grubuna göre farklılaşma durumu bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir.

Tablo 8.

Hastaların Depresyon ve Kendini Toplama Gücü Ön Test Toplam Ortalama Değerleri ile Grupları Arasındaki Farklılığa İlişkin Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

	Grup	N	$\bar{X}$	SS	t	p
Depresyon Ön Test	Deney Grubu	20	25,50	8,42	1,170	,250
	Kontrol Grubu	20	22,85	5,63		
Kendini Toplama Gücü Ön Test	Deney Grubu	20	40,80	9,73	1,036	,307
	Kontrol Grubu	20	37,80	8,54		

Tablo 10'da bağımsız örneklem t testi sonuçları irdelendiğinde;

Deney Grubunda yer alan hastaların depresyon ön test toplam ortalamasının ($25,50 \pm 8,42$), Kontrol Grubunda yer alan hastaların depresyon ön test toplam ortalamasından ($22,85 \pm 5,63$) fazla olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile hastaların Kontrol Grubunda ya da Deney Grubunda yer alması, depresyon ön test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmadığı ve bu sonuca göre hastaların gruplarına göre depresyon ön test puanlarının benzerlik gösterdiği değerlendirilmiştir.

Deney Grubunda yer alan hastaların kendini toplama gücü ön test toplam ortalamasının ($40,80 \pm 9,73$), Kontrol Grubunda yer alan hastaların kendini toplama gücü ön test toplam ortalamasından ($37,80 \pm 8,54$) fazla olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile hastaların Kontrol Grubunda ya da Deney Grubunda yer alması, kendini toplama gücü ön test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmadığı ve bu sonuca göre hastaların gruplarına göre kendini toplama gücü ön test puanlarının benzerlik gösterdiği değerlendirilmiştir.

4.3. Deney ve Kontrol Grubu Katılımcılarının Ön Test ve Son Test Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde Deney ve Kontrol grubunda yer alan hastaların depresyon ve kendini toplama gücü ön test ve son test ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı ilişkili örneklem t testi ile incelenecektir.

Tablo 9.

Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Hastaların Depresyon ve Kendini Toplama Gücü Öntest ve Son Test Puanları Arasındaki Farklılığa İlişkin İlişkili Örneklem T Testi Sonuçları

	Grup		N	$\bar{X}$	SS	t	p
Depresyon	Deney	Ön Test.	20	25,50	8,42	5,697	,000
	Grubu	Son Test	20	20,35	6,98		
	Kontrol	Ön Test.	20	22,85	5,63	-,458	,652
	Grubu	Son Test	20	23,30	5,31		
Kendini Toplama Gücü	Deney	Ön Test.	20	40,80	9,73	-5,833	,000
	Grubu	Son Test	20	45,05	8,66		
	Kontrol	Ön Test.	20	37,80	8,54	,687	,500
	Grubu	Son Test	20	37,10	7,77		

Tablo 11’de sunulan ilişkili örneklem t testi sonuçları irdelendiğinde;

Deney Grubunda yer alan hastaların depresyon ön test toplam ortalamasının ($25,50 \pm 8,42$), son test ortalamasından ($20,35 \pm 6,98$) yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Diğer bir ifade ile EMDR uygulamalarının depresyonu etkilediği ve hastaların depresyon düzeylerinde düşüş sağladığı değerlendirilebilir. Dolayısıyla; EMDR uygulanan hastaların depresyon öntest puanları ile sontest puanları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Kontrol grubunda yer alan hastaların depresyon ön test ortalamasının ($22,85 \pm 5,63$), son test ortalamasından ($23,30 \pm 5,31$) düşük olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) tespit edilmiştir. Elde edilen bu bulgu doğrultusunda EMDR uygulanmayan hastaların depresyon öntest puanları ile sontest puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Deney Grubunda yer alan hastaların kendini toplama gücü ön test toplam ortalamasının ($40,80 \pm 9,73$), son test ortalamasından ($45,05 \pm 8,66$) düşük olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Diğer bir ifade ile EMDR uygulamalarının kendini toplama gücünü etkilediği ve hastaların kendini toplama gücünde artış sağladığı değerlendirilebilir. Bu bağlamda EMDR uygulanan hastaların kendini toplama

gücü öntest puanları ile sontest puanları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Kontrol grubunda yer alan hastaların kendini toplama gücü ön test ortalamasının ($37,80 \pm 8,54$), son test ortalamasından ($37,10 \pm 7,77$) yüksek olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) tespit edilmiştir. Bu bulguya göre EMDR uygulanmayan hastaların kendini toplama gücü öntest puanları ile sontest puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

4.4. Deney ve Kontrol Grubu Katılımcılarının Son Test Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde hastaların depresyon ve kendini toplama gücü son test ortalama puanlarının deney ve kontrol grubuna göre farklılaşma durumu bağımsız örneklem t testi ile incelenecektir.

Tablo 10.

Hastaların Depresyon ve Kendini Toplama Gücü Son Test Toplam Ortalama Değerleri ile Grupları Arasındaki Farklılığa İlişkin Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

		N	$\bar{X}$	SS	t	p
Depresyon	Deney Grubu	20	20,35	6,98	-2,504	,030
	Kontrol Grubu	20	23,30	5,31		
Kendini Toplama Gücü	Deney Grubu	20	45,05	8,66	3,057	,004
	Kontrol Grubu	20	37,10	7,77		

Tablo 12'deki bağımsız örneklem t testi sonuçları irdelendiğinde;

Deney Grubunda yer alan hastaların depresyon son test toplam ortalamasının ($20,35 \pm 6,98$), Kontrol Grubunda yer alan hastaların depresyon son test toplam ortalamasından ($23,30 \pm 5,31$) düşük olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile hastaların Kontrol Grubunda ya da Deney Grubunda yer alması, depresyon son test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmaktadır. Elde edilen bu bulgu doğrultusunda EMDR uygulanan hastaların depresyon son test

puanları ile uygulanmayan hastaların depresyon son test puanları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.

Deney Grubunda yer alan hastaların kendini toplama gücü son test toplam ortalamasının ($45,05 \pm 8,66$), Kontrol Grubunda yer alan hastaların kendini toplama gücü son test toplam ortalamasından ($37,10 \pm 7,77$) fazla olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile hastaların Kontrol Grubunda ya da Deney Grubunda yer alması, kendini toplama gücü son test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmaktadır. Elde edilen bu bulgu doğrultusunda EMDR uygulanan hastaların kendini toplama gücü son test puanları ile uygulanmayan hastaların kendini toplama gücü son test puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

4.5. Depresyon ve Kendini Toparlama Gücü Arasındaki İlişki

Çalışmanın bu kısmında, depresyon ve kendini toplama gücü arasındaki ilişki, parametrik test yöntemlerinden “Pearson Korelasyon Analizi”yle incelenmiştir. Korelasyon katsayısının değerlendirme ölçütleri şöyledir;

“0.00 = r_p ise ilişki yoktur.”

“0.00 $< r_p < 0.29$ ise düşük düzeyde ilişki vardır.”

“0.30 $< r_p < 0.69$ ise orta düzeyde ilişki vardır.”

“0.70 $< r_p < 0.99$ ise yüksek düzeyde ilişki vardır.”

“1.00 = r_p ise mükemmel ilişki vardır.”

Tablo 11.

Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

		Depresyon	Kendini Toplama Gücü
1. Depresyon	r_p	1	-,503**
	p		,000
2. Kendini Toplama Gücü	r_p		1
	p		

Tablo 13'teki Pearson Korelasyon testi sonuçlarına göre araştırmaya gönüllü olarak dahil olan hastaların, depresyon düzeyi ile kendini toplama gücü

arasında negatif yönde ve orta seviyede ilişki vardır ($p<0.05$). Diğer bir ifade ile hastaların depresyon düzeyi düştükçe kendini toplama gücü artmaktadır.

4.6. Regresyon Analizine Yönelik Bulgular ve Hipotez Çözümlemesi

Çalışmanın bu kısmında, araştırmanın amacı doğrultusunda oluşturulan model kapsamında regresyon analizi yapılmış ve hastaların depresyon düzeyinin kendini toplama gücü üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Regresyon analizlerinden önce, ölçek yapılarına dönük normallik, doğrusallık ve homojenlik varsayımları incelenmiştir. Ölçek yapılarında aşırı uç değerlerin olmadığı ve Durbin-Watson istatistiği 1,635 olduğu için hatalar arasında otokorelasyon olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 12.

Depresyon Hastalarında EMDR'nin Kendini Toparlama Gücü Üzerindeki Etkisi

	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar		F	R ²
	B	Std. hata	β	t		
Sabit	56,854	4,575		12,428	,000	
Depresyon (X)	-,723	,202	-,503	-3,587	,001	12,866* ,253
Bağımlı değişken: Kendini Toplama Gücü (Y)						

* $p<0.01$

Depresyonun, kendini toplama gücü üzerinde ne derecede etkili olduğunu saptamak için gerçekleştirilen lineer regresyon analizinin neticelerine göre; bu modelin istatistiki olarak anlamlı olduğu ve depresyonun, kendini toplama gücünün varyansının %25,3'ünü açıklayabildiği anlaşılmaktadır ($R^2=.253$; $F_{(1,38)}=12,866$, $p=0.001$). Bulunan sonuçlara göre; depresyon, kendini toplama gücünü negatif yönde ve istatistiki bakımdan anlamlı yordadığı ($\beta=-0.503$, $t=-3,587$, $p=0.001$) saptanmıştır. Diğer bir ifadeyle, araştırmaya gönüllü olarak dahil olan hastaların depresyon düzeyi kendini toplama

gücünü negatif yönde etkilemektedir. Ayrıca diğer değişkenler sabit tutulduğunda, hastaların depresyon düzeyindeki bir birimlik artış, kendini toplama gücü düzeyinde 0,723'lük bir azalışağlayacaktır.

Araştırmaya gönül olarak dahil olan hastaların depresyon düzeyi, kendini toplama gücünü negatif yönde ve istatistiki bakımdan anlamlı yordadığı için Depresyon hastalarında EMDR'nin kendini toparlama gücü üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır.

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Araştırmamızda EMDR terapisinin depresyon tedavisindeki etkinliği ortaya konulmuştur. Semiz ve diğerleri (2016), araştırmalarında majör depresyon hastalarında EMDR terapisinin travmatik yaşantılar kapsamına uygulanmasının tedavinin etkinliğine katkısını araştırmışlardır. Araştırma sonuçları, EMDR terapisinin depresyon semptomlarını önemli düzeyde azalttığını göstermiştir. Söz konusu çalışmada da belirtildiği üzere, depresyon tedavisinde EMDR terapisinin etkinliğini ele alan pek az çalışma bulunmaktadır.

Bu çalışmalardan birini hazırlayan Hase vd. (2015) araştırmalarında EMDR terapisinin depresyon tedavisindeki kullanımını ele almışlardır. Araştırmada depresyon tedavisinde EMDR'nin önemli düzeyde etkinliğinin olduğu ortaya konulmuştur. Bir başka araştırmada Bae vd. (2008) depresyon tanısı almış iki ergen üzerinde kısa süreli EMDR terapisi uygulamışlardır. Araştırma sonuçlarına göre iki ergende terapi sonrasında ciddi düzeyde iyileşme görülmüştür.

Mevcut alternatiflere rağmen; uygulanan ilaç tedavilerine karşılık alamayan, şikayetlerinde yeterli seviyede iyileşme gerçekleşmeyen, ilaç kullanımının bırakılması akabinde depresif bulguları nükseden, muhtemel yan etkilerden ötürü ilaç kullanamayan (hamilelik gibi) ya da ilaç kullanmayı reddeden çok sayıda depresyon hastası bulunmaktadır (Mynors-Wallis vd., 2000). Böyle problemler, depresyon tedavi sürecinde doktorları, psikosomatik sağaltım metotlarına ya da psikoterapilere yöneltmektedir.

Yapılan çalışmalarda, psikoterapi yöntemlerinden yalnızca KDT ve KİP'in depresyon tedavi sürecinde faydalı olduğu yönünde kâfi miktarda araştırma bulunmaktadır (vanHees vd., 2013; van der Velden, 2015).

EMDR yöntemi ile ilgili daha kısıtlı miktarda çalışma mevcuttur (Hase vd., 2015). Bae ve arkadaşları (2008), 2 ergene konulan depresyon tanısı neticesinde, EMDR terapisinde olgu sunumu uygulamış ve süreç sonunda hastalarda anlamlı düzeyde iyileşmeler gözlemlendiğini ifade etmişlerdir. Bizim olgularımızda, hastaların ilaç tedavilerine kesintisiz devam etmelerine rağmen, uygulanan tedaviye kısmi şekilde yanıtın alındığı depresyon hastalarıydı. Gerçekleştirilen 6-8 seans EMDR sonucunda, hastaların şikayetlerinde birtakım azalmalar gözlemlendi.

EMDR terapisinin geçmiş travmalara yönelik güçlü bir etki mekanizması bulunmaktadır. Depresyon ise geçmiş travmalarla güçlü ilişki içinde olan bir psikolojik problemdir. Pek çok depresyon hastasının geçmişinde önemli travmatik yaşantılar bulunduğu belirtilmektedir (Vitriol, ve diğerleri, 2014). Bu noktada EMDR terapisinin önemi öne çıkmaktadır. EMDR terapisinin kullanımının bilişsel süreçler üzerinde de etki sağlayarak geçmiş travmalara yönelik iyileştirici etkisi, depresyon tedavisinde faydalı bir araç olarak kullanılmaktadır (Kavakçı, Doğan, & Kuğu, 2010).

EMDR terapisinde bireyin geçmiş travmalara yol açan anıların işlenmesi kolaylaştırılmaktadır. Böylelikle travmatik anılar çözülür (McGuire, Lee, & Drummond, 2014). Daha önce de belirtildiği üzere, depresyon hastalarının büyük kısmında geçmiş travmalardan kaynaklı problemler vardır. Dolayısıyla EMDR terapisi, depresyon tedavisine güçlü bir katkı sağlayarak etkinlik göstermektedir.

EMDR; biliş, duyuş ve beden ile çalışarak, buralarda saptanan düğümlerin çözümüne odaklandığından ötürü, bilinen tedavi metotlarından biraz daha farklıdır. Beden duyularına tesiri noktasında EMDR; depresyon ölçeklerindeki beden ile ilgili maddelerin iyileşmesine de katkı sağlar. Bu açıdan EMDR, hastaların yaşam kalitelerine de fayda sağladığı ifade edilmektedir. Depresyonda olduğu gibi, kendini toparlama gücünde de EMDR terapisinin ele alındığı çalışma oldukça sınırlıdır. Yapılan taramada ulaşılan tek çalışma Hodali vd.'nin (2008) araştırması olmuştur. Araştırmada, bu çalışma bulgularına paralel olarak EMDR terapisinin kendini toparlama gücü üzerinde olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır.

6. BÖLÜM

SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu araştırmada EMDR terapisinin depresyon ve kendini toparlama gücü üzerindeki etkisi, deney-kontrol gruplarıyla yapılan çalışma sonucunda ortaya konulmuştur. deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların kişisel profili irdelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların %30,0'unun 18-25 yaşlarında ve kontrol grubunda yer alan hastaların %25,0'inin 18-25 yaşlarında olduğu, deney grubunda yer alan hastaların %35,0'inin üniversite mezunu ve kontrol grubunda yer alan hastaların %40,0'inin üniversite mezunu olduğu ve deney grubunda yer alan hastaların %70,0'inin evli ve kontrol grubunda yer alan hastaların %55,0'inin evli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda deney grubunda yer alan hastaların %55,0'inin orta seviyede ve kontrol grubunda yer alan hastaların %60,0'inin orta seviyede gelirinin olduğu, deney grubunda yer alan hastaların %35,0'inin özel sektör çalışanı ve kontrol grubunda yer alan hastaların %35,0'inin özel sektör çalışanı olduğu ve deney grubunda yer alan hastaların %30,0'unun 1-5 yıl arası ve kontrol grubunda yer alan hastaların %60,0'inin 1-5 yıl arası depresyon hastası olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya gönüllü olarak katılan hastaların depresyon ve kendini toplama gücü ön test ortalama puanlarının deney ve kontrol grubuna göre farklılaşma durumu irdelendiğinde; hastaların kontrol grubunda ya da deney grubunda yer alması, depresyon ön test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmadığı ve bu sonuca göre hastaların gruplarına göre depresyon ön

test puanlarının benzerlik gösterdiği ve hastaların kontrol grubunda ya da deney grubunda yer alması, kendini toplama gücü ön test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturmadığı ve bu sonuca göre hastaların gruplarına göre kendini toplama gücü ön test puanlarının benzerlik gösterdiği değerlendirilmiştir.

EMDR uygulamalarının depresyonu etkilediği ve hastaların depresyon düzeylerinde düşüş sağladığı belirlenmiştir. Araştırmaya gönüllü olarak katılan hastaların depresyon ve kendini toplama gücü son test ortalama puanlarının deney ve kontrol grubuna göre farklılaşma durumu irdelendiğinde; hastaların kontrol grubunda ya da deney grubunda yer alması, depresyon son test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturduğu ve hastaların kontrol grubunda ya da deney grubunda yer alması, kendini toplama gücü son test grup ortalama skorlarında farklılık oluşturduğu saptanmıştır.

Depresyonun, kendini toplama gücünü negatif yönde ve istatistiki bakımdan anlamlı yordadığı ve değişkenler sabit tutulduğunda, hastaların depresyon düzeyindeki bir birimlik artışın, kendini toplama gücü düzeyinde 0,723'lük bir azalış sağladığı belirlenmiştir.

6.2 Öneriler

Depresyon hastalarına yönelik uygulanmasının faydalı olacağını hem bulgular hem de görüşlerimiz ile desteklediğimiz bu çalışmamızın, depresyon ile yapılan klinik çalışmaları için de bir klavuz olacağı ve olumlu katkılar sağlayacağını düşünüyor ve buna benzer yapılacak çalışmaların artmasını destekliyoruz.

Psikoloji alanında, "hasta" olarak kabul edilen kişilerin eş zamanlı başka psikolojik rahatsızlıklarının olup olmadığı konuları da incelenmeli ve EMDR tedavisinden bu alanlarda da destek alınması gerektiği kanaatindeyiz.

Gerek literatürdeki sınırlı sayıda çalışma sonuçları gerekse bu araştırma bulguları EMDR terapisinin depresyon tedavisinde önemli düzeyde etkinliğinin olduğunu göstermektedir. Bu nedenle sonraki araştırmalarda

EMDR'nin depresyon tedavisi kapsamında ele alınması önerilmektedir. Klinik uygulamalarda ise depresyon tedavisinde farklı bir bakış açısı olarak görülen EMDR'nin yaygınlaşması, tedavi süreçlerine kolaylaştırıcı ve hızlandırıcı katkı sağlayacaktır.

Psikolojide çoğu konuda ve alanda faydalanılması gereken EDMR terapisi uygulanması gerektiğine inandığımız vakalarda, tedavilere başlamadan önce hastaların kendilerini toparlama gücünün yine kendilerinde olacağına inandırılması ve tedavilere ilk olarak bu açıdan yaklaşılması gerektiğini düşünüyor ve önemsiyoruz.

KAYNAKÇA

- Abela, J. R., Hankin, B. L., Haigh, E. A., Adams, P., Vinokuroff, T., & Trayhern, L. (2005). Interpersonal vulnerability to depression in high-risk children: the role of insecure attachment and reassurance seeking. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 182-192.
- Ainsworth, M. S. (1989). Attachments Beyond Infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716.
- Akdoğan, A. (2013). Farklı Depresyon Anksiyete Stres Düzeylerine Sahip Üniversite Öğrencilerinin Akademik Erteleme ve Davranışlarının İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Rose, D. T., Robinson, M. S., . . . Lapkin, J. B. (2000). The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project: lifetime history of Axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 403-418.
- Alper, Y., Bayraktar, E., & Karaçam, Ö. (2000). *Herkes İçin Psikiyatri*. İstanbul: Era Yayıncılık.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., Graaf, R. D., Vollebergh, W., . . . Wittchen, H. U. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), 3-21.
- Arieti, S., & Bemporad, J. R. (1980). The Psychological Organization of Depression. *The American Journal of Psychiatry*, 137(11), 1360-1365.
- Bae, H., Kim, D., & Park, Y. C. (2008). Eye movement desensitization and reprocessing for adolescent depression. *Psychiatry Investig*, 5, 60-65.

- Bae, H., Kim, D., Park, Y. C. (2008). Eye move mentdesensitization and reprocessingforadolescentdepression. *PsychiatryInvesting*, 5, 60-65.
- Balcıoğlu, İ. (1999, Aralık 2-3). Depresyonun Etiyopatogenezi. *Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu*, 19-28. İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri.
- Bartha, C., Parker, C., Thomson, C., & Kitchen, K. (2013). *Depression: an Information Guide-Revised Edition*. Canada: Centre for Addiction and Mental Health.
- Beauvais, F., & Oetting, E. (1999). Drug Use, Resilience, and the Myth of the Golden Child. M. D. Glantz, & J. L. Johnson içinde, *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (s. 101-109). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive Models of Depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 2, 5-37.
- Beck, A. T. (2015). *Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozuklukları*. (Ö. Veysel, & T. Aysun, Çev.) İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1988). Anxiety and Depression: an Information Processing Perspective. *Anxiety Research*, 1(1), 23-36.
- Beck, A. T., Rush, A. J., F., S. B., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.
- Benard, B. (2004). *Resiliency: What We Have Learned*. San Francisco: WestEd.
- Bernard, J. E. (2018). Depression: A Review of Its Definition. *MOJ Addict. Med. Ther*, 5, 6-7.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, Sadness and Depression (Vol. 3)*. New York: Basic Books.
- Bretherton, I. (1985). Attachment Theory: Retrospect and Prospect. *Monographs of The Society for Research In Child Development*, 50(1), 3-35.

- Burke, K. C., Burke, J. D., Regier, D. A., & Rae, D. S. (2003). Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Archives of General Psychiatry*, 47(6), 511-518.
- Carver, C. S. (1998). Generalization, Adverse Events and Development of Depressive Symptoms. *Journal of Personality*, 66(4), 607-619.
- Clarke, G. N., Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Hops, H., & Seeley, J. R. (1999). Cognitivebehavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(3), 272-279.
- Cummings, C. M., Caporino, N. E., & Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin*, 140(3), 816-845.
- Cunningham, S. (2006). Anxiety, Depression and Hopelessness In Adolescents: A Structural Equation Model. Faculty of Education, Master Thesis. Alberta: University of Calgary.
- Çelikel, F. Ç., & Erkorkmaz, Ü. (2008). Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler ve Umutsuzluk Düzeyleri ile İlişkili Elemanlar. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45(4), 122-130.
- Çevik, A., & Vokan, V. (1993). *Depresyonun Psikodanımak Etiyolojisi: Depresyon Monografı Serisi 3*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Doğan, M. (2001). Depresyonda Bilişsel Terapi Yaklaşımı: Temel Boyutlar ve Açıklamalar. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 61-103.
- Dumont, M., & Provost, M. A. (1999). Resilience in Adolescents: Protective Role of Social Support, Coping Strategies, Self-Esteem, and Social Activities on Experience of Stress and Depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 343-363.
- Eminağaoğlu, N. (2006). Güç Koşullarda Yaşayan Sokak Çocuklarında Dayanıklılık (Sağlamlık). *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Engle, P. L., Castle, E., & Menon, P. (1996). Child Development: Vulnerability and Resilience. *Social Science & Medicine*, 43(5), 621-635.

- Evren, C., & Kültegin, Ö. K. (2003). Alkol / Madde Bağımlılarında Dissosiyatif Belirtiler ve Çocukluk Çağı Travması, Depresyon, Anksiyete ve Alkol / Madde Kullanımı ile İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*(4), 30-37.
- Fenichel, O. (2005). *Taylor & Francis e-Library*. Nisan 18, 2020 tarihinde <https://taylorandfrancis.com/?s=The+Psychoanalytic+Theory+of+Neurosis>. adresinden alındı
- Ferrari, A. J., Somerville, A. J., Baxter, A. J., Norman, R., Patten, S. B., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine*, 43(3), 471-481.
- Frank, E., Kupfer, D. J., Perel, J. M., Cornes, C., Jarrett, D. B., Mallinger, A. G., . . . Grochocinski, V. J. (1990). Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47(12), 1093-1099.
- Fraser, M. W. (1997). The Ecology of Childhood: A Multisystems Perspective. M. W. Fraser içinde, *Risk and Resiliency in Childhood: An Ecological Perspective* (s. 1-9). Washington: NASW Press.
- Freud, S. (1917). *Yas ve Melankoli*. Telos Yayıncılık.
- Freud, S. (1993). *Yas ve Melankoli*. *Kriz Dergisi*, 1(2), 98-103.
- Glantz, M. D., & Sloboda, Z. (1999). Analysis and Reconceptualization of Resilience. M. D. Glantz, & Z. Sloboda içinde, *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (s. 109-128). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Glover, J. (2009, February 1). Bouncing Back: How Can Resilience Be Promoted in Vulnerable Children and Young People? *Briefing*. Barnardo's.
- González, H. M., Vega, W. A., Williams, D. R., Tarraf, W., West, B. T., & W., N. H. (2010). Depression care in the United States: too little for too few. *Archives of General Psychiatry*, 67(1), 37-46.
- Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and Depression: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285-312.
- Güleç, C. (2009). *Psikiyatri'nin Abc'si 2. Baskı*. İstanbul: Say Yayınevi.

- Hankin, B. L., Kassel, J. D., & Abela, J. R. (2005). Adult attachment dimensions and specificity of emotional distress symptoms: prospective investigations of cognitive risk and interpersonal stress generation as mediating mechanism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(1), 136-151.
- Hase, M., Balmaceda, U. M., Hase, A., Lehnung, M., Tumani, V., Huchzermeier, C., Hofmann, A. (2015). Eyemovementdesensitizationandreprocessing (EMDR) therapy in the treatment of depression: a matchedpairsstudy in an inpatientsetting. *Brain Behav*, 5, 1-9.
- Hase, M., Balmaceda, U. M., Hase, A., Lehnung, M., Tumani, V., Huchzermeier, C., & Hoffmann, A. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of depression: a matched pairs study in an inpatient setting. *Brain Behav*, 5, 1-9.
- Herpertz-Dahlmann, B., Dempfle, A., Konrad, K., Klasen, F., Ravens-Sieberer, U., & Group, B. S. (2015). Eating disorder symptoms do not just disappear: the implications of adolescent eating-disordered behaviour for body weight and mental health in young adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(6), 675-684.
- Hodali, M. Z., Alissa, F., & Dodgson, P. W. (2008). Building Resilience and Dismantling Fear: EMDR Group Protocol With Children in an Area of Ongoing Trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 106-113.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2000). Depression is Strongly Associated with Alexithymia in the General Population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(1), 99-104.
- Jadhav, S. (2000). *The cultural construction of Western depression. Anthropological Approaches to Psychological Medicine*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- Jarrett, R. B., Kraft, D., Doyle, J., Foster, B. M., Eaves, G. G., & Silver, P. C. (2001). Preventing recurrent depression using cognitive therapy with

- and without a continuation phase. *Archives of General Psychiatry*, 58(4), 381-388.
- Joiner Jr, T. E., Walker, R. L., Pettit, J. W., Perez, M., & Cukrowicz, K. C. (2005). Evidence-Based Assessment of Depression in Adults. *Psychological Assessment*, 17(3), 267-277.
- Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. H. (2007). Mood Regulation in Depression: Differential Effects of Distraction and Recall of Happy Memories on Sad Mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 484-490.
- Joormann, J., Teachman, B. A., & Gotlib, I. H. (2009). Sadder and Less Accurate False Memory for Negative Material in Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(2), 412-417.
- Kang, H. J., Kim, S. Y., Bae, K. Y., Kim, S. W., Shin, I. S., Yoon, J. S., & Kim, J. M. (2015). Comorbidity of depression with physical disorders: research and clinical implications. *Chonnam Medical Journal*, 51(1), 8-18.
- Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. *Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni*(45), 65-74.
- Karasar, N. (2012). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Nobel Yayın Dağıtım.
- Kavakcı, Ö., Doğan, O., & Kuğu, N. (2010). EMDR (Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme): Psikoterapide Farklı Bir Seçenek. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*(23), 195-205.
- Kavakçı, Ö., Doğan, O., & Kuğu, N. (2010). EMDR (Göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme): Psikoterapide farklı bir seçenek. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 23, 195-205.
- Kessler, R. C., & Wang, P. S. (2009). *Epidemiology of Depression (2nd ed.) Handbook of Depression*. New York: Guilford.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K., & Walters, E. E. (2006). The Epidemiology of Panic Attacks, Panic Disorder, and Agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry*, 63(4), 415-424.
- Kessler, R. C., Stang, P., Wittchen, H. U., Stein, M., & Walters, E. E. (1999). Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in

- the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 29(3), 555-567.
- Kılıç, C. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili*. Ankara: Eksen Tanıtım Ltd.
- Kırpınar, İ. (2016). *Genç Psikiyatristin El Kitabı*. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Kim, H. K., & McKenry, P. C. (2002). The relationship between marriage and psychological well-being: a longitudinal analysis. *Journal of Family Issues*, 23(8), 885-911.
- Klose, M., & Jacobi, F. (2004). Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors. *Archives of Women's Mental Health*, 7(2), 133-148.
- Koçak, R. (2003). Üniversite Öğrencilerinde Aleksitimi ve Yalnızlığın Bazı Değişkenler Açısından Karşılaştırılması ve Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2(19), 15-24.
- Köknel, Ö. (1998). *Depresyon Ruhsal Çöküntü*. İstanbul: Altın Kitaplar Basımevi.
- Köknel, Ö. (2005). *Ruhsal Çöküntü: Depresyon (6 b.)*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Köknel, Ö. (2005). *Ruhsal Çöküntü: Depresyon 6. Baskı*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Kring, A. M., Johnson, S. L., & Wiley. (2017). *Abnormal Psychology/Anormal Psikoloji (12. Basımdan Çeviri)*. (C. Ç. Alper Yahyagil, Çev.) Ankara: NOBEL Akademik Yayıncılık.
- Kumpfer, K. L. (1999). Factors and Processes Contributing to Resilience: The Resilience Framework. M. D. Glantz içinde, *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (s. 179-224). New York: Plenum.
- Kurt, N. (2011). Çevik Kuvvet Personelinin Stresle Başa Çıkma Tutumları, Psikolojik Dayanıklılıkları ve İş Doyumu Düzeyleri. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Lee, A., & Hankin, B. L. (2009). Insecure Attachment, Dysfunctional Attitudes, and Low Selfesteem Predicting Prospective Symptoms of

- Depression and Anxiety During Adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 219-231.
- Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic Inequalities in Depression: a Meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98-112.
- Marcus, M., Yasamy, M. T., van Ommeren, M. V., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). *Depression: A Global Public Health Concern*.
- Markowitz, J. C., Moran, M. E., Kocsis, J. H., & Frances, A. J. (1992). Prevalence and comorbidity of dysthymic disorder among psychiatric outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 24(2), 63-71.
- Martinek, T. J., & Hellison, D. R. (1997). Fostering Resiliency in Underserved Youth Through Physical Activity. *Quest*, 49(1), 34-49.
- Masten, A. S. (1994). Resilience in Individual Development: Successful Adaptation Despite Risk and Adversity. M. C. Wang içinde, *Educational Resilience in Inner-City America: Challenges and Prospects* (s. 3-26). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic: Resilience Processes in Development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- Masten, A. S. (2013). Risk and Resilience in Development. P. D. Zelazo içinde, *Oxford Handbook of Developmental Psychology* (s. 579-607). New York: Oxford University Press.
- McGuire, T. M., Lee, C. W., & Drummond, P. D. (2014). Potential of eye movement desensitization and reprocessing therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychol Res Behav Manag*, 7, 273-283.
- McMillan, J. H., & Reed, D. F. (1994). At-Risk Students and Resiliency: Factors Contributing to Academic Success. *The Clearing House: A Journal of Educational Strategies, Issues and Ideas*, 67(3), 137-140.
- McWilliams, N. (2017). *Psikanalitik Tanı: Klinik Süreç İçinde Kişilik Yapısını Anlamak*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Min, Y. (2016). Lifestyle-Based Treatment of Anxiety and Depression. *Australasian College of Nutritional & Environmental Medicine Journal*, 35(2), 11-13.

- Mueller, T. I., Leon, A. C., Keller, M. B., Solomon, D. A., Endicott, J., Coryell, W., . . . Maser, J. D. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 156(7), 1000-1006.
- Mynors-Wallis L. M., Gath, D. H., Day, A., Baker, F. (2000). Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ*, 320, 26-30.
- Nicholson, A., Kuper, H., & Hemingway, H. (2006). Depression as an aetiological and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *European Heart Journal*, 27(23), 2763-2774.
- Oatley, K., & Jenkins, J. M. (1992). Human emotions: function and dysfunction. *Annual Review of Psychology*, 43(1), 55-85.
- Otlu, B. M. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Depresyon Düzeyleri ve Aile İşlevleri: Dokuz Eylül Üniversitesi, Buca Eğitim Fakültesi Örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*(23).
- Özdel, L., Bostancı, M., & Oğuzhanoglu, K. (2002). Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler ve Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 155-161.
- Öztürk, M. O. (2004). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Yayınevi.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. N. (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 13. Baskı*. Ankara: Nobel Tıp Kitapları.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, N. A. (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (14. Baskı)*. Ankara: Nobel Tıp.
- Öztürk, O. (2002). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (9 b.)*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Pınar, E., & Tel, H. (2012). Depresyon Tanılı Birey ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 86-91.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M., Demyttenaere, K., Sabbe, B., Pieters, G., & Eelen, P. (2005). Reduced Specificity of Autobiographical Memory: a Mediator between Rumination and Ineffective Social

- Problem-Solving in Major Depression. *Journal of Affective Disorders*, 87(2-3), 331-335.
- Rak, C. F., & Patterson, L. E. (1996). Promoting Resilience in At-Risk Children. *Journal of Counseling & Development*, 74(4), 368-373.
- Reilly, L. C., Ciesla, J. A., Felton, J. W., Weitlauf, A. S., & Anderson, N. L. (2012). Cognitive vulnerability to depression: a comparison of the weakest link, keystone and additive models. *Cognition & Emotion*, 26(3), 521-533.
- Scher, C. D., Ingram, R. E., & Segal, Z. V. (2005). Cognitive reactivity and vulnerability: empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, 25(4), 487-510.
- Segrin, C. (1992). Specifying the Nature of Social Skill Deficits Associated with Depression. *Human Communication Research*, 19(1), 89-123.
- Segrin, C. (2000). Social Skills Deficits Associated with Depression. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 379-403.
- Semiz, M., Atik, S., & Erdem, M. (2016). Majör Depresyon Hastalarında Travmatik Yaşantılara EMDR Uygulamasının Tedaviyi Güçlendirici Etkileri: Olgu Serisi. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 29, 91-95.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105-115.
- Steinhardt, M., & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a Resilience Intervention to Enhance Coping Strategies and Protective Factors and Decrease Symptomatology. *Journal of American College Health*, 56(4), 445-453.
- Surtees, P. G., Wainwright, N. W., Luben, R. N., Wareham, N. J., Bingham, S. A., & Khaw, K. T. (2008). Depression and ischemic heart disease mortality: evidence from the EPIC-Norfolk United Kingdom

- prospective cohort study. *The American Journal of Psychiatry*, 165(4), 515-523.
- Sümer, A. (2008). Farklı Öz-Anlayış Düzeylerine Sahip Üniversite Öğrencilerinde Depresyon, Anksiyete ve Stresin Değerlendirilmesi. Konya: Selçuk Üniversitesi.
- Şaşıoğlu, M., Gülol, Ç., & Tosun, A. (2013). Aleksitimi Kavramı/The Concept of Alexithymia. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 507-527.
- Tarter, R. E., & Vanyukov, M. (1999). Re-visiting the Validity of the Construct of Resilience. M. D. Glantz, & J. L. Johnson içinde, *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (s. 85-101). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive Vulnerability to Persistent Depression. *Cognition & Emotion*, 2(3), 247-274.
- Terzi, Ş. (2008). Üniversite Öğrencilerinde Kendini Toparlama Gücünün İçsel Koruyucu Faktörlerle İlişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 35(35), 297-306.
- Tezcan, A. E. (2011). *Depresyonda*. Ankara: Elma Yayınevi.
- Tezel, A. (2003). Postpartum Depresyon Riskli Kadınlarda Bakım ve Eğitimin Depresyon Belirti Düzeyine Etkisinin Karşılaştırılması. Erzurum: Atatürk Üniversitesi.
- Tolkmitt, F., Helfrich, H., Standke, R., & Scherer, K. R. (1982). Vocal Indicators of Psychiatric Treatment Effects in Depressives and Schizophrenics. *Journal of Communication Disorders*, 15(3), 209-222.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotionsto Bounce Back from Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320-333.
- Türkçapar, H. (2009). *Depresyon*. Ankara: HYB Yayınları.
- van der Velden, A. M., Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K. J., Dahlgaard, J., Fjorback, L. O., Piet, J. A. (2015). Systematicreview of mechanisms of change in mindfulness-basedcognitivetherapy in the treatment of recurrentmajordepressivedisorder. *ClinPsycholRev*, 37, 26-39.

- vanHees M. L., Rotter, T., Ellermann, T., Evers, S. M. (2013). The effectiveness of individual interpersonal psychotherapy as a treatment form for major depressive disorder in adult outpatients: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 13, 22.
- Vanger, P., Summerfield, A. B., Rosen, B. K., & Watson, J. P. (1992). Effects of Communication Content on Speech Behavior of Depressives. *Comprehensive Psychiatry*, 33(1), 39-41.
- Vitriol, V., Cancino, A., Weil, K., Salgado, C., Asenjo, M. A., & Potthoff, S. (2014). Depression and psychological trauma: an overview integrating current research and specific evidence of studies in the treatment of depression in public mental health services in Chile. *Depress Res Treat*, 608-671.
- Walker, C. (2008). *Depression and Globalization, The Politics and Mental Health in The 21st Century*. New York: Springer.
- Watkins, E. D., & Moulds, M. (2005). Distinct Modes of Ruminative Self-Focus: Impact of Abstract Versus Concrete Rumination on Problem Solving in Depression. *Emotion*, 5(3), 319-328.
- Wilhelm, K., Parker, G., Dewhurst-Savellis, J., & Asghari, A. (1999). Psychological predictors of single and recurrent major depressive episodes. *Journal of Affective Disorders*, 54(1-2), 139-147.
- Yang, Y., Fairbairn, C., & Cohn, J. F. (2013). Detecting Depression Severity from Vocal Prosody. *IEEE Transactions on Affective Computing*, 4(2), 142-150.
- Yiğit, R. (2008). İlköğretim II. Kademe Öğrencilerinin Depresyon ve Sosyal Beceri Düzeylerinin Benlik Saygısı ve Bazı Değişkenler Açısından Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi. *Doktora Tezi*. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yüksel, N. (2003). *Antidepresan İlaçlar Psikofarmakoloji*. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi.

EKLER

Ek. 1. Anket Formu

Ek. 1.1. Aydınlatılmış Onam Formu

Bu çalışma, YakınDoğu Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü tarafından gerçekleştirilen bir çalışmadır. Bu çalışmanın depresyonda EMDR tedavisinin etkisini ve kendini toparlama gücü üzerindeki etkisini incelemektir.

Çalışmaya katılmak tamamen gönüllük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın herhangi bir anında araştırmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Anket tamamen bilimsel amaçlarla düzenlenmiştir. Anket formunda kimlik bilgileriniz yer almayacaktır. Size ait bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmadan elde edilen veriler yalnızca istatistik veri olarak kullanılacaktır. Yanıtlarınızı içten ve doğru olarak vermeniz bu anket sonuçlarının toplum için yararlı bir bilgi olarak kullanılmasını sağlayacaktır. Yardımınız için çok teşekkür ederim.

Unvan : Yüksek Lisans Öğrencisi
İsim-Soyadı : Esmâ Avşar

Araştırmada araştırmacıyla aramda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim.

Yukardaki bilgileri ayrıntılı biçimde tümünü okudum ve çalışmada yer almayı onaylıyorum.

a) Kabul ediyorum b) Kabul etmiyorum

Ek. 2. Katılımcı Bilgi Formu

Değerli katılımcı,

Bu araştırma depresyonda EMDR terapisinin etkisini ve kendini toparlama gücü üzerindeki etkisini ele almaktadır.

Çalışmanın amacına ulaşması ve araştırma sonuçları için katılımınız mümkün olduğunca sürdürmeniz ve tüm soruları eksiksiz ve doğru bir şekilde yanıtlamanız oldukça önem taşımaktadır.

Verdiğiniz bilgilerin izlenilerek kullanılacak ve yalnızca bilimsel amaçlar için bu çalışmada kullanılacaktır. Bu

konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Esma Avşar

Ek. 3. Anket Formu

BÖLÜM I. SOSYODEMOGRAFIK FORM

1. Yaşınız?

() 18-25 () 26-33 () 34-41 () 42-49 () 50-57 () 58 ve üzeri

2. Eğitim durumunuz?

() Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite
() Yüksek lisans-doktora

3. Medeni durumunuz?

() Evli () Bekar

4. Gelirdurumunuz?

() Düşük () Orta () Yüksek

5. Mesleğiniz?

() Memur () Özel sektör () Serbest meslek () İş arıyor
() Emekli () Ev hanımı

6. Ne zamandır depresyon hastasıınız?

() 0-1 yıl () 1-5 yıl () 6-10 yıl () 11 yıl ve üzeri

BÖLÜM II. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuza en iyi anlatan ifadeyi seçmeniz gerekmektedir.

1.

- (0) Üzgün vesıkıntılı değilim.
- (1) Kendimi üzüntülü vesıkıntılı hissediyorum.
- (2) Hep üzüntülü vesıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- (3) O kadar üzgün vesıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2.

- (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
- (1) Geleceği karamsarım.
- (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3.

- (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
- (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
- (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunugörüyorum.
- (3) Kendi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4.

- (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
- (1) Birçok şeyden eskiden olduğum kadar zevk alamıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

(3) Her şeydensıkılıyorum.

5.

(0) Kendimi herhangibirbiçimde suçlu hissetmiyorum.

(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6.

(0) Kendimden memnunum.

(1) Kendimden pek memnunda değilim.

(2) Kendime kızgıyım.

(3) Kendimden nefret ediyorum.

7.

(0) Başkalarından daha kötü olduğumusanmıyorum.

(1) Hatalarım ve zayıflıklarım olduğun düşünüyorum.

(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.

(3) Her şeyi yanlış yapıyor muşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum.

8.

(0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.

(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.

(2) Kendimi öldürmek isterdim.

(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9.

(0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.

(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

(2) Çoğu zaman ağlıyorum.

(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10.

(0) Her zaman olduğumdan daha can sıkıcı değilim.

(1) Eskisine oranla daha kolay can sıkıyor ve kızıyorum.

(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.

(3) Canımı sıkıkan şeylere bile artık kızamıyorum.

11.

(0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.

(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.

(2) Birileriyle görüşüp konuşmak içimden gelmiyor.

(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

12.

(0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.

(1) Eskiden olduğukadarkolay karar veremiyorum.

(2) Eskiye kıyasla karar vermede çok güçlük çekiyorum.

(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13.

(0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.

(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.

(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.

(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14.

(0) Eskisi kadar iyi iş göy yapabilirim.

(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.

(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabilirim.

(3) Artık hiçbir şey yapamıyorum.

15.

(0) Uykum her zamanki gibi.

(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.

(2) Her zamankinden 1-2 saat önce

uyaniyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.

(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve birdaha uyuyamıyorum.

16.

(0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.

(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.

(2) Her şey beni yoruyor.

(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17.

(0) İştahım her zamanki gibi.

(1) Eskisinden daha iştahsızım.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18.

(0) Son zamanlarda zayıflamadım.

(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.

(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.

(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19.

(0) Sağlığım laililik kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, midesancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni taslandırıyor.

(2)

Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermek zorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyorki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20.

(0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla seks ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21.

(0) Cezalandırılması gereken şeyleri yapışmıyorum.

(1) Yaptıklarımı dandolayı cezalandırılacağı düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

No	Lütfen aşağıdaki her bir ifadeyi okuyarak katılıp katılmama durumunuzu 1 ile 7 arasında değerlendiriniz.	Kesinlikle Kesinlikle Katılmıyorum Katılıyorum
1	İşlerin bir şekilde üstesinden gelirim	1 2 3 4 5 6 7
2	Gerektiğinde kendi başıma ayakta kalabilirim	1 2 3 4 5 6 7
3	Kendimle barışık biriyim	1 2 3 4 5 6 7
4	Zaman içinde birçok şeyi yapabileceğimi düşünürüm	1 2 3 4 5 6 7
5	Kararlı biriyim	1 2 3 4 5 6 7
6	Zor durumlarda, kendime olan güvenim bana güç verir	1 2 3 4 5 6 7
7	Genellikle bir duruma değişik açılardan bakabilirim	1 2 3 4 5 6 7
8	İstesem de istemesem de bazen yapmak istediğim/istemediğim şeylere kendimi ayarlarım	1 2 3 4 5 6 7
9	Zor bir durumdaysam genellikle bir çıkış yolu bulabilirim	1 2 3 4 5 6 7
10	Yapmak zorunda olduklarım için yeterli enerjiye sahibimdir	1 2 3 4 5 6 7

Ek. 4. Ölçek İzinleri

Merhaba Esma,

Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil; size gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof.Dr.Nesrin Hisli Şahin

On [Sunday, May 24, 2020, 12:17:25 AM](#) GMT+3,
Esma AVŞAR
<psikologesmaavsar@gmail.com> wrote:

Merhabalar Hocam,

Ölçeğe ilişkin bilgileri ekte gönderiyorum. Yetişkin örnekleme ulaşacağınız tüm araştırmalarınızda kullanabilirsiniz.

Başarılar dilerim.

Not: Bildiğiniz üzere Kendini Toparlama Gücü (Resilience) kavramından bahsetmek için en temel ön koşul çocukluk ya da ergenlik döneminde maruz kalınan bir risk faktörünün varlığıdır. Bu nedenle eğer bu ön koşulu sağlamayan bireylerle çalışacaksanız psikolojik dayanıklılık (hardiness) ölçeklerini kullanmanız daha doğru olacaktır. Eğer örnekleminiz risk faktörüne maruz kalmış bireylerden oluşuyor ise kullanabilmeniz için ekte aynı zamanda Terzi (2006) tarafından geliştirilen Risk Faktörlerini Belirleme listesini de gönderiyorum.

Sinop Üniversitesi
Eğitim Fakültesi
Eğitim Bilimleri Bölümü
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık ABD
Araştırma Görevlisi

Dr. Mehmet Berkay Özünü

İNTİHAL RAPORU

DEPRESYON HASTALARINDA EMDR KULLANIMI VE KENDİNİ TOPARLAMA GÜCÜ

ORJİNALLİK RAPORU

% 10	% 10	% 2	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikerisim.fsm.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 5
2	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
3	acikerisim.bartın.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	dspace.marmara.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
5	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
6	manualzz.com İnternet Kaynağı	<% 1
7	TERZİ, Şerife. "Üniversite Öğrencilerinde Kendini Toparlama Gücünün İçsel Koruyucu Faktörlerle İlişkisi", Hacettepe Üniversitesi, 2008. Yayın	<% 1

ETİK KURUL İZİNİ

Sayın Esma Avşar

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2020/777 proje numaralı ve **“Depresyon Hastalarında EMDR Kullanımı ve Kendini Toparlama Gücüne Etkisi”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

